

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALEXANDRA BERNDT RAZEIRA CRISIGIOVANNI

AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CURITIBA

2019

ALEXANDRA BERNDT RAZEIRA CRISIGIOVANNI

AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Programa de Pós-graduação de Enfermagem – Mestrado Profissional, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, na área de concentração de Prática Profissional de Enfermagem, com linha de pesquisa em Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Karla Crozeta

CURITIBA

2019

Crisigiovanni, Alexandra Berndt Razeira

Ações estratégicas para a segurança do paciente na atenção primária à saúde
[recurso eletrônico] / Alexandra Berndt Razeira Crisigiovanni – Curitiba, 2018.
113 f.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2018.
Orientador: Dr^a. Karla Crozeta

1. Segurança do paciente. 2. Atenção primária à saúde. 3. Segurança do
paciente - ações estratégicas. I. Crozeta, Karla. II. Universidade Federal do
Paraná. III. Título.

CDD 610.736



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ALEXANDRA BERNDT RAZEIRA CRISIGIOVANNI** intitulada: **AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 21 de Agosto de 2018.

KARLA CROZETA FIGUEIREDO
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

AIDA MARIS PERES
Avaliador Interno (UFPR)

CANDIDA CANICALI PRIMO
Avaliador Externo (UFES)

Dedico este trabalho à minha família: meu esposo Ângelo, pelo auxílio e apoio no uso das tecnologias, ao Luigi, pelo carinho e pela compreensão, e, em especial, ao Lorenzo, que desde muito pequeno precisou se adaptar às minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

Tenho muitos agradecimentos a fazer.

Agradeço a Deus pela vida e por me sustentar nos momentos difíceis dessa caminhada.

Aos meus pais, por terem me proporcionado a vida e o incentivo constante. Aos meus irmãos porque, apesar da distância, me apoiam sempre.

À minha sogra Criméia, pelos conselhos e pela dedicação às crianças nos momentos em que precisei ficar ausente.

À minha orientadora, Doutora Karla Crozeta, por ter me auxiliado na construção desse trabalho e compreendido os momentos difíceis dessa jornada, minha eterna gratidão.

Aos meus colegas do Mestrado que, com suas contribuições, proporcionaram o crescimento coletivo (Discurso raso, nunca mais!). E em especial à Silvana e à Fernanda, que estiveram presentes nos momentos de desespero e, também, nos de descontração. Como sempre afirmamos: Do Mestrado para vida!

À Universidade Federal do Paraná, ao curso de Pós-graduação em Enfermagem e aos docentes que possibilitaram que eu crescesse profissional e pessoalmente.

Às professoras doutoras, Cândida Caniçali, Aida Mairs Peres, Eliane Lima e Luciana Gonçalves, por sua participação na banca e por contribuírem para qualificar esse estudo.

Aos meus colegas enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Campo Largo, por terem participado da pesquisa.

Às colegas Vanessa Bacelar, por ter me auxiliado a elaborar o projeto de intervenção para o processo de seleção do Mestrado, e Franciele Santos, por ter me apoiado e incentivado.

Aos meus colegas da Vigilância em Saúde, por compreenderem minha ausência e me auxiliarem na elaboração do produto final. Em especial Virgínia, Tânia, Ângela, Itamar, Viviane e Leoni.

À Prefeitura Municipal de Campo Largo, que através da Secretaria Municipal de Saúde me liberou para os momentos presenciais. Em especial, ao Secretário, Gilmar Gionedis, e aos demais gestores que mantiveram o compromisso com a Universidade. Ao GPPGPS que colaborou com o desenvolvimento da pesquisa, e ao estatístico, Guilherme Parreira, pela paciência e pelas contribuições no presente estudo.

Faça o seu melhor, na condição que
você tem, enquanto você não tem
condições melhores para fazer melhora
inda!

Mario Sergio Cortella

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, decorrentes de uma circunstância, agente ou ação com o potencial de causar danos. (RUNCIMAN *et al.*, 2009; WHO, 2017). **Objetivos:** avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros na atenção primária à saúde de um município da Região Metropolitana de Curitiba, identificar problemas passíveis de intervenção, para segurança do paciente, e elaborar ações estratégicas para a segurança na atenção primária à saúde. **Metodologia:** pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quanti-qualitativa, dividida em três etapas: diagnóstica, analítica e operacional. A primeira diagnóstica, contou com a aplicação de um instrumento de avaliação da cultura de segurança para atenção primária à saúde o *Medical Office Survey Patient Safety Culture*, que foi traduzido e validado para uso no Brasil. A etapa analítica, consistiu na análise dos dados obtidos pela aplicação do instrumento e na compreensão do problema de intervenção, por meio de grupo focal com os participantes da pesquisa que foi um importante espaço de educação e negociação com gestão, e a terceira etapa, a operacional, cuidou de identificar e elaborar a ação estratégica para segurança do paciente. Esse trabalho está inserido a Linha de Pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem. **Resultados:** os dados do instrumento apontaram que equipamento necessário ao atendimento que não funcionou adequadamente ou necessitava de reparo ou substituição foi ressaltado por 39,1%; ainda 39,1% da equipe disse acreditar que seus erros podem ser usados contra si; problemas relacionados à troca de informações pontuais com centros de imagens/ laboratoriais da rede de atenção à saúde foram apontados por 47,8%; exames laboratoriais indisponíveis quando necessários foram referidos por 47,8% dos participantes; discordância sobre o número de profissionais necessários para atender a demanda foi referida por 47,8% dos participantes da pesquisa, 56,5% disseram que quase sempre a equipe tem receio de fazer perguntas, quando algo não parece correto; 56,5% dos enfermeiros classificaram a avaliação global da segurança do paciente, neste local, como boa. E, por fim, 60,9% concordam que neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria. A ação sugerida pelo o grupo focal foi a criação da ficha de notificação de eventos adversos para segurança do paciente, a qual foi elaborada na terceira etapa do estudo pela pesquisadora. **Produto:** A ficha de notificação/incidente de acordo com a nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº01/2015 com intuito de produzir informação para ação também foi construído o fluxograma de envio da notificação. **Conclusão:** a ficha de notificação não resolverá os problemas relacionados à segurança do paciente, porém é um importante passo para a promoção de uma cultura de segurança no município.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Atenção Primária à Saúde. Cultura de segurança. Grupo focal. Ações estratégicas.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is defined as reducing the risk of unnecessary harm to an acceptable minimum resulting from a circumstance, agent or action with the potential to cause harm. (RUNCIMAN et al., 2009, WHO, 2017). **Objectives:** Evaluating the safety culture of nurses in the primary health care of a city in the Metropolitan Region of Curitiba, identifying possible problems for intervention, for patient safety, and elaborating strategic actions for safety in primary health care. **Methodology:** Descriptive, exploratory, quantitative-qualitative research, divided into three stages: diagnostic, analytical and operational. The first diagnosis was the application of an instrument for evaluating the safety culture for primary health care, the Medical Office Survey Patient Safety Culture, which was translated and validated for use in Brazil. The analytical stage consisted in the analysis of the data obtained by the application of the instrument and in the understanding of the problem of intervention, through a focus group with the participants of the research that was an important space of education and negotiation with management, and the third stage, the operational, took care to identify and elaborate the strategic action for patient safety. This work is part of the Health and Nursing Services Management Research Line. **Results:** the instrument data indicated that equipment needed for care that did not function properly or needed repair or replacement was highlighted by 39.1%; yet 39.1% of the staff said they believed their mistakes could be used against themselves; problems related to the exchange of specific information with centers of images / laboratory of the health care network were pointed out by 47.8%; laboratory tests unavailable when necessary were reported by 47.8% of the participants; disagreement about the number of professionals needed to meet the demand was reported by 47.8% of the survey participants, 56.5% said that almost always the staff is afraid to ask questions when something does not seem right; 56.5% of the nurses classified the overall safety assessment of the patient, at this location, as good. And finally, 60.9% agree that mistakes occur more often than they should on this service. The action suggested by the focus group was the creation of the adverse event notification sheet for patient safety, which was elaborated in the third stage of the study by the researcher. **Product:** The notification / incident form according to technical note GVIMS / GGTES / ANVISA N°01 / 2015 in order to produce information for action was also constructed the flowchart of sending the notification. **Conclusion:** The notification form will not solve problems related to patient safety, but it is an important step towards promoting a safety culture in the municipality.

Keywords: Patient safety. Primary Health Care. Safety culture. Focus group. Strategic actions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	ORGANOGRAMA SECRETARIA DE SAÚDE	45
FIGURA 2	NUVEM DE PALAVRAS SEÇÃO I	66
FIGURA 3	NUVEM DE PALAVRAS DO GRUPO FOCAL	76

LISTA DE SIGLAS

ACS	–	Agentes Comunitários de Saúde
AHRQ	–	Agency for Healthcare Research and Quality's
AMQ	–	Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
ANVISA	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	–	Atenção Primária à Saúde
APSUS	–	Programa de Qualificação Profissional em Atenção Primária em Saúde
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CGAA	–	Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação
CEP/DES	–	Comissão de Ética em Pesquisa do Setor Ciências da Saúde
CNES	–	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP	–	Conselho Nacional de Ética e Pesquisa
EA	–	Eventos Adversos
eESF	–	Equipe de Estratégia de Saúde da Família
ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
EUA	–	Estados Unidos da América
GGTES	–	Gerência Geral de Tecnologias em Saúde
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LIOM		Institute of Medicine
ITECNE	–	Instituto Tecnológico e Educacional de Curitiba
MOSCP	–	Medical Office Survey on Patient Safety Culture
MS	–	Ministério da Saúde
NIS	–	Núcleo de Especialidades
NQF	–	National Quality Forum
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	–	Ferramenta de Avaliação da Atenção Básica
PMAQ	–	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
PROADESS	–	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PROESF	–	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	–	Programa de Saúde da Família
RAS	–	Rede de Atenção à Saúde
REBRAENSP	–	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RDC	–	Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU	–	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência

SESA	–	Secretaria Estadual de Saúde
SP	–	Segurança do Paciente
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UFPR	–	Universidade Federal do Paraná
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	–	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 PROBLEMA	19
1.2 OBJETIVOS	19
1.3 JUSTIFICATIVA	19
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIAÀ SAÚDE	20
2.2 SEGURANÇADOPACIENTE.....	25
2.3 QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIAÀSAÚDE	29
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	34
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	35
3.3 PARTICIPANTES.....	39
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	39
3.5 ETAPAS DO ESTUDO E CAMINHO METODOLÓGICO	39
3.5.1 Etapa diagnóstica.....	41
5.5.2Etapa analítica	42
3.6 ASPECTOSÉTICOS.....	44
4 RESULTADOS	45
4.1 ETAPA DIAGNÓSTICA.....	46
4.1.1 Identificação dos participantes	46
4.1.2 Seções do instrumento: Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC).....	47
4.2 ETAPA ANALÍTICA: COMPREENDER O PROBLEMA PASSÍVEL DE INTERVENÇÃO	59
4.2.1 Comparação entre as questões	59
4.2.2 Grupo focal.....	72
4.3 ETAPA OPERACIONAL	77
5 DISCUSSÃO	81
5.1 ETAPA DIAGNÓSTICA	81
5.2ETAPA ANALÍTICA.....	86
5.3ETAPA OPERACIONAL.....	88
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91

REFERÊNCIAS	93
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	104
ANEXO 3 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	108

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, decorrentes de uma circunstância, agente ou ação com o potencial de causar danos. (RUNCIMAN et al., 2009; WHO, 2017). O tema ganhou visibilidade na 55ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2002, a qual decidiu por uma resolução intitulada “Qualidade da atenção: segurança do paciente” (WHO, 2011).

Como orientação, os países deveriam fortalecer a segurança da assistência à saúde e dos sistemas de monitoramento com a finalidade de promover a consciência profissional e o comprometimento político para o tema (BRASIL, 2009). Nesse contexto, foi criada em 2004, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, a qual conclamou os países membros ao desenvolvimento de políticas públicas (MESQUITA et al., 2016).

Considerado um marco no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, foi publicado em 2013 pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529/2013 e da Resolução Diretiva Colegiada (RDC) nº 36/2013, com vistas à promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade dos serviços (BRASIL, 2013; DUARTE et al., 2015). A referida RDC, ao utilizar a mesma taxonomia da OMS, menciona que a segurança do paciente, como já dito acima, deve cuidar da redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde, de maneira abrangente pelos serviços de saúde, “qualquer que seja o nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis” (BRASIL, 2013).

Frequentemente, episódios de erros ocorridos em serviços de saúde são notificados pela mídia, provocando grande repercussão social. (DUARTE *et al.*, 2015). A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um cenário relativamente seguro, pela baixa densidade tecnológica que emprega, apesar de a maioria dos cuidados de saúde ser desenvolvidos nesse ambiente. De acordo com Mendes e Barroso (2014), erros existem e podem ocorrer em qualquer momento da prestação de cuidados.

A APS é conceituada como assistência à saúde exercida por serviços de primeiro contato do usuário, a família e a comunidade com o sistema de saúde de fácil acesso, direcionado a atuar sobre afecções e condições mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. (GIOVANELLA; MENDONÇA,

2012).

Para Vincent (2009), a maior parte dos cuidados realizados na APS ocorre na comunidade e nos domicílios, locais aonde há, claramente, um potencial para erros e lesões iatrogênicas. Afirmar, ainda, que o estudo dos erros e eventos adversos (EA) na APS será muito importante nos próximos anos, por ser um tema pouco explorado nesse cenário e pelo fato de a frequência de erros ser desconhecida.

Os estudos sobre segurança do paciente tiveram início no contexto hospitalar. No Brasil Mendes et.al. (2009), avaliaram três hospitais do Rio de Janeiro e verificaram a incidência de 7,6% de pacientes afetados por eventos adversos, dos quais 66,7% eram evitáveis. A presença desses eventos, decorrentes de prática não segura, além de acarretar danos aos pacientes, com aumento do tempo de internamento e maior taxa de mortalidade, provoca ônus financeiro hospitalar.

No que concerne à questão financeira e tempo de permanência hospitalar relacionadas ao evento adverso, outra pesquisa indicou que as internações hospitalares em decorrência de erro apresentam um gasto financeiro 200,5% maior do que as que ocorrem sem eventos, além do que, a média de permanência daquelas é de 28,3 dias a mais (PORTO; MENDES; TRAVASSOS, 2010).

Marchon et al. (2015) sinalizam que existem poucos estudos sobre o tema na APS, e os que estão em desenvolvimento é pelo incremento das novas pesquisas que abordam a Segurança do paciente nesse cenário de atenção (PAESE, 2010; MARCHON et al., 2015; TIMM, 2016). Entre os primeiros publicados no país, está o estudo de Marchon et al. (2015), que avaliou a ocorrência de incidentes nesse cenário e identificou oito tipos de maior prevalência: erros no atendimento administrativo, 26%, erros de comunicação, 22%, erros de tratamento, 19%, erros de execução de uma tarefa clínica, 14%, erros de diagnóstico, 12%, erros de investigação de exames, 5%, erros de gestão de recursos humanos, 2%, e erros de pagamento, 0%.

Contudo, a APS é capaz de atender mais de 85% dos problemas de saúde da população, e tem a possibilidade de desenvolver uma clínica ampliada de maior sucesso, pois aí são ofertadas, preferencialmente, tecnologias relacionais mais complexas, como aquelas relativas à mudança de comportamento e estilos de vida em relação à saúde (MENDES, 2011). Em muitos municípios, a APS se organiza com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF se constitui em um espaço eficaz para organizar a APS e está pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e integral (BRASIL,

2011).

No município da Região Metropolitana de Curitiba onde se deu a pesquisa, a adesão ao Programa de Saúde da Família ocorreu em 2004 com sete equipes, e em 2005, passou a ter dezoito. Em conformidade com as exigências pautadas por portarias e com o aumento da população, e consequente aumento da demanda, atualmente a APS conta com 23 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em 2012, o município aderiu ao Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (PMAQ), porém, devido à transição de governo, pouco se investiu. A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA), no entanto, almeja, desde 2011, desenvolver um planejamento estratégico para implantação das Redes de Atenção no Estado. O intuito é de que a APS exerça o papel de coordenadora do cuidado do cidadão, por meio do Programa de Qualificação Profissional em Atenção Primária em Saúde (APSUS) (PARANÁ, 2017).

O APSUS contava com três componentes: 1) investimento na melhoria da estrutura das Unidades de Saúde (construção, reforma, ampliação, equipamentos e transporte sanitário); 2) custeio das equipes (incentivo estadual mensal); e 3) educação permanente (desenvolvido de 2011 a 2014, por meio de nove oficinas) (PARANÁ, 2015). O município passou, também, pela Tutoria, definida como processo de estabelecer padrões, protocolos, organizar processos de trabalhos, garantindo a segurança ao usuário e à equipe, e o gerenciamento de resultado para melhorar indicadores de saúde. Ao final, as equipes passaram por avaliação externa para certificação com selo bronze, prata e ouro. A certificação deu visibilidade ao processo e incentivo às equipes (PARANÁ, 2015).

Neste cenário, o objeto deste projeto é a segurança do paciente na APS, a fim de somar esforços para melhoria na qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao usuário. A motivação da pesquisa surgiu a partir da vivência da pesquisadora como enfermeira da Vigilância Sanitária, quando percebeu a complexidade e a importância do tema e a necessidade de inserir a APS nesse contexto de segurança.

A busca da definição das ações estratégicas prioritárias para intervenção passou a ocorrer a partir da avaliação da cultura de segurança dos enfermeiros que atuam na APS do município da Região Metropolitana de Curitiba eleito para a pesquisa. A cultura de segurança refere que todos estão conscientes da sua função e da importância de contribuir para a organização, e que são responsáveis pelas consequências de suas ações. (MENDES, BARROSO, 2014). Também é

compreendida como um conjunto de valores, competências, padrões e atitudes de uma organização ou indivíduo, que determina o compromisso, a forma de execução de um programa de saúde e segurança organizacional. (RUNCIMAN, 2009; BRASIL, 2013). Tem como característica a comunicação fundamentada na confiança mútua, por percepções importantes sobre a segurança do paciente e a eficácia de ações preventivas (REIS; LAGUARDIA, MARTINS, 2012; VINCENT, 2009).

1.1 PROBLEMA

Que ações devem ser desenvolvidas para o fortalecimento e qualificação da Segurança do Paciente nas Unidades de Saúde da Família?

1.2 OBJETIVOS

- Avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família;
- Identificar problemas passíveis de intervenção para a melhoria da segurança do paciente, a partir da avaliação da cultura de segurança;
- Definir ações estratégicas para a segurança do paciente.

1.3 JUSTIFICATIVA

Assim, a presente pesquisa se justifica pela magnitude do problema, pelas exigências das resoluções vigentes, como as RDC nº 63/2011 e nº 36/2013, e pelo APSUS - Tutoria do Selo de Qualidade, da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA), a que o município está se adequando. Justifica-se, também, pois pela identificação das prioridades de intervenção e da definição conjunta de estratégias é possível fortalecer a assistência prestada nesse município. Destaca-se, ainda, a relevância do estudo no cenário da APS, tendo em vista a escassez de investigações nessa abordagem.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para a fundamentação teórica desse trabalho, foram abordados três temas relevantes: Atenção primária à saúde, Segurança do paciente, e Qualidade da atenção primária à saúde.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O sistema de saúde é um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais, responsável pela condução dos processos referentes à saúde de uma determinada população e que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam atingir resultados de acordo com a concepção de saúde prevalente na sociedade (LOBATO, GIOVANELLA, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública, delineada na VIII Conferência Nacional de Saúde após um longo processo social que visou mudar a forma como o Brasil garante a atenção à saúde. Estimulou o movimento sanitário e resultou na Constituição Federal de 1988, com os princípios de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social. Trata-se de uma experiência social, cujos avanços foram inquestionáveis, mas com enormes desafios (MENDES, 2012).

Nesse contexto, o Brasil é o único país do mundo com um sistema de saúde universal, integral e público e com características peculiares. Porém, sua dimensão continental, as transições demográficas e epidemiológicas e suas desigualdades regionais acarretam muitos desafios à sua consolidação (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Já atenção primária à saúde é, de acordo com a Conferência de Alma Ata, de 1979, o processo de cuidados indispensáveis baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, medidas que devem ser desenvolvidas num espírito de autonomia e autodeterminação (BEARD; REDMOND, 1979, p. 216).

Conforme a Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde (PNAB, 2017), no seu artigo 2º, a APS abrange a proteção, recuperação e prevenção de agravos,

diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, além da sua manutenção, com o objetivo de desenvolver atenção integral à saúde. (BRASIL, 2017). Nesse cenário, a APS surge como estratégia para reorientar a organização do Sistema de Saúde tendo como pressuposto responder às necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promover a saúde como direito social (SOUSA, 2014).

A APS apresenta atributos e funções. Os atributos são: a) primeiro contato – que diz respeito ao acesso e ao uso dos serviços; b) longitudinalidade – constitui a contribuição constante de cuidados pela equipe de saúde, ao longo do tempo, e com uma relação de confiança e humanização entre equipe e a comunidade; c) a integralidade – que atende população adscrita nos campos da promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e palição; d) responsabilização – pela oferta dos serviços e outros pontos de atenção e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças; e e) a coordenação – como habilidade de garantir a continuidade por meio da equipe de saúde e das pessoas (STARFIELD, 2002).

Quanto às funções, a APS como estratégia de organização da atenção à saúde só existirá se cumprir com três: 1) a resolatividade (identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado), 2) a coordenação (ter condições de ordenar fluxos e contrafluxos das pessoas) e 3) ser base (ser modelo de atenção e serviço de saúde com mais elevado grau de descentralização) (BRASIL, 2011).

A APS é impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, que têm por objetivo ofertar acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura de maior complexidade no cuidado, e implementar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM et al., 2011).

Uma das importantes iniciativas do SUS, no âmbito da APS para a reestruturação dos serviços de saúde pública brasileira, foi a implementação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como um primeiro mecanismo de estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população (SAMPAIO; BARRETO; KREMPEL, 2012).

Criado em março de 1994, o Programa Saúde da Família dentro de Casa (PSF), coordenado pela Fundação Nacional de Saúde do MS, consolidou-se como

estratégia para promover mudanças no modelo de atenção vigente. Com equipe formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e com quatro a seis ACS, era responsável por 800 a 1000 famílias adscritas em um determinado território (SOUSA, 2014). Sampaio, Barreto, Krempel (2012), relatam que o PACS ganhou um novo e importante aliado, com o lançamento do programa. Esse modelo de atenção surgiu, inicialmente, com a lógica de um programa, passando, posteriormente, a ser estratégia de reorientação do modelo assistencial da atenção básica – denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2007).

A PNAB, que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde, afirma, ainda, que serão reconhecidas outras estratégias desde que observados os princípios e as diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017).

A ESF mantém os princípios constituídos no SUS, apoiada nos atributos da APS. Apresenta uma proposta consecutiva de transformação da realidade, com base no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, e na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, em situações de injustiças sociais (SOUSA, 2014).

Vale ressaltar que no final da década de 1990, o PSF (Programa de Saúde da Família) passou a ser considerada pelo governo brasileiro como a principal estratégia de reorientação do modelo de APS. Na mesma década, o Brasil adotou o termo Atenção Básica com a intenção de diferenciá-la de propostas e concepções que reduziam o potencial da APS a uma cesta seletiva de serviços (GIOVANELLA, 2015).

A ESF é marcada por algumas características e diretrizes, dentre as quais se destacam: porta de entrada preferencial do SUS e porta aberta, com acolhimento e acessibilidade; territorialização; adscrição da clientela e vínculo; coordenação do cuidado; trabalho em equipe multiprofissional; e base de ordenamento das redes de atenção (MELO; VIANNA e PEREIRA, 2014).

Diante dessas transformações, os gestores do SUS estabelecem diretrizes para implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio da Portaria GM/MS nº 4279/2010, redefine os modelos de atenção à saúde. E de acordo com essa portaria, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL,

2010).

De acordo com a PNAB (2017), a APS é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui espaço singular na gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo de base para o ordenamento e a efetivação da integralidade.

De acordo com Mendes (2011), as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si e com uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e independente, que permitem ofertar atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela APS.

Apesar do consenso de que a APS é o centro de comunicação das RAS e, portanto, ordenadora do cuidado do cidadão, esse cenário de atenção não vem sendo qualificado para cumprir essa função de forma adequada. (MENDES, 2015).

Portanto, como se pode observar, a qualificação e a resolutividade da APS não são processos simples. É necessária uma profunda transformação na organização das necessidades da atenção primária e do processo de trabalho das equipes da APS do país, sem o qual não teremos efetivamente as RAS implantadas (MENDES, 2015).

2.2 SEGURANÇA DOPACIENTE

Segurança do paciente é definida como a redução de risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde até o mínimo aceitável. (WHO, 2011). A temática ganhou importância após a divulgação, pelo *Institute of Medicine* (IOM), do relatório “Errar é Humano” (*To err is human*), que apontou uma estimativa de ocorrência de 44 a 98 mil mortes anuais, nos Estados Unidos da América, causadas por eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, sendo metade desses, evitáveis (TRINDADE; LAGE, 2014).

Esse estudo também trouxe dados da estimativa dos custos gerados pelos eventos adversos ao longo do ano nos EUA: U\$ 17-29 bilhões por ano. Após o impacto desse relatório na opinião pública, o presidente Bill Clinton convocou as agências de saúde federais a aplicar as recomendações do IOM.

Em 2001, a mesma instituição publicou outro relatório com o título “Cruzando o abismo da qualidade” (*Crossing the quality chasm*) com foco no sistema de saúde e, dessa forma, definindo seis domínios para caracterizar o desempenho: segurança, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade (BRASIL, 2013).

Em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, recomendou à Organização Mundial de Saúde (OMS) e aos Estados Membros que direcionassem sua atenção à segurança do paciente. Entre as recomendações estavam a elaboração de normas e o suporte aos países, orientando-os no desenvolvimento de políticas e práticas focadas no tema (BRASIL, 2013).

Em decorrência das recomendações elencadas no ano de 2002, a OMS criou em 2004 a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Esta objetiva o desenvolvimento, pelos países membros, dentre os quais está o Brasil, de políticas públicas e práticas voltadas para segurança do paciente (MESQUITA *et al.*, 2016).

Em 2005, uma parceria entre a OMS e a *Joint Commission International* sugeriu a implementação das Soluções de Segurança do Paciente (*Patient Safety Solutions*), que subsidiariam medidas preventivas para implementar políticas em áreas identificadas como problemáticas na segurança do paciente. Esse conjunto de sugestões passa por simples mudanças das práticas, mas podem evitar incidentes graves. As nove soluções propostas são: gestão de medicamentos de aspecto e nome semelhante; identificação do paciente; comunicação durante a transição de cuidados; realização do procedimento correto no local correto; controle das soluções concentradas de eletrólitos; conciliação medicamentosa; evitação de erros nas conexões de cateteres e tubos e uso único de dispositivos injetáveis; melhora na higiene para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde (TRINDADE, LAGES, 2014).

Em outubro de 2008, o Medicare - maior plano de saúde público dos EUA, tomou uma atitude drástica: passou a não pagar mais aos hospitais aquilo que fosse, comprovadamente, gasto específico decorrente de complicações que poderiam ser evitadas. Como exemplos estão: objeto deixado em paciente durante a cirurgia, embolia gasosa, transfusão de sangue não compatível, infecção urinária associada à sondagem, lesão por pressão, infecção associada ao cateter venoso, mediastinite pós revascularização do miocárdio e queda (ZAMBON, DAULD-GALLOTTI, NOVAES, 2012).

Percebe-se assim que o movimento da segurança do paciente sofreu diversas influências que justificam sua crescente importância. Neste elenco, destacam-se: a recorrência das situações de erros e EA na área da saúde; a influência de outras indústrias, como a de aviação e de energia nuclear, com seus saberes como a compreensão mais sofisticada das características das falhas e dos acidentes; e o

interesse e a preocupação dos profissionais envolvidos no cuidado à saúde em aprimorar sua qualidade (VINCENT, 2010).

Os profissionais de saúde, na maioria das vezes, estão empenhados em proporcionar o melhor cuidado possível aos pacientes. Esse comportamento, entretanto, não inviabiliza a ocorrência de falhas e acidentes. O comprometimento e o empenho em fazer o bem e utilizar o melhor do conhecimento são fatores importantes para o cuidado, porém insuficientes para garantir uma assistência segura e eficaz (QUINTO NETO, 2006).

O erro e os danos causados aos pacientes têm sido descritos e estudados por mais de um século. Entretanto, com exceção de poucos pioneiros, os profissionais de saúde parecem não ter percebido a extensão e a gravidade do problema, ou não estão preparados para aceitá-lo (VINCENT, 2009).

Destaca-se a necessidade de compreender conceitos-chaves da segurança do paciente. Erro é definido como falha em realizar uma ação planejada, conforme a intenção ou aplicação de um plano incorreto (RUNCIMAN et al., 2009). O dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim ser físico, social e psicológico. O incidente é o evento ou a circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário e o evento adverso é o incidente que resultou em prejuízo à saúde (RUNCIMAN et al., 2009; BRASIL, 2013).

No contexto nacional, as pesquisas na área de segurança do paciente surgiram no início da década de 2000, influenciadas pelo cenário mundial e também pelas certificações dos estabelecimentos de saúde, com métodos de avaliação de perfil não obrigatório e renovável sob a forma de Acreditação. Estas ponderações demonstram que os processos hospitalares não se encontravam organizados e adequados para garantir assistência segura, e associada a essa complexidade, está a limitação humana que, inevitavelmente, tem como efeito os erros (JCAHO, 2010). Em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou um sistema de notificação de eventos adversos e queixas técnicas, denominado de Hospitais Sentinela.

Além da ANVISA e do Ministério da Saúde, os quais determinam e apoiam ações para a segurança do paciente na área da Saúde e da Enfermagem, também há no Brasil a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). A rede foi constituída em 2008 e surgiu após a criação da Rede Internacional de

Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), em novembro de 2005, em Concepción, no Chile. Os objetivos da REBRAENSP são: compartilhar informações e conhecimentos relacionados à área de Enfermagem e Segurança do Paciente; promover a articulação entre os membros e promover o acesso equitativo e universal às fontes de informação técnico-científicas e referenciais, em matéria de enfermagem e segurança do paciente, entre outros. Representa a união das regiões do país em torno da defesa pela segurança do paciente (REBRAENSP,2013).

No ano de 2011, a ANVISA publicou a RDC nº 63, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. No capítulo II, Artigo 8º desta Resolução consta que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como: mecanismos de identificação, orientações para higiene das mãos, ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à saúde, mecanismos para garantir segurança cirúrgica, orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes, mecanismos para prevenção de quedas, mecanismo para prevenção de lesões por pressão e orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (BRASIL, 2011).

Em 2012, a Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde (GGTES/ANVISA) lançou um projeto denominado “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde”, que envolve a divulgação do projeto, com o objetivo de oferecer ferramentas e informações para aprimorar a qualidade do atendimento ao usuário em consultórios, durante procedimentos cirúrgicos, internações e exames (PROQUALIS,2013).

Como marco nacional, destaca-se a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com objetivo geral de contribuir para qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional. O PNSP tem ainda, como objetivos específicos: 1)promover e apoiar a implementação de incentivos voltados à segurança do paciente, em diferentes áreas de atenção; 2) organização e gestão de serviços através da implementação da gestão de risco e núcleo de segurança do paciente nos estabelecimentos; 3) envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; 4) ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; 5) produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre a segurança do paciente, e 6) fomentar a inclusão do tema “Segurança do paciente” no

ensino técnico, de graduação e de pós-graduação na área da saúde (BRASIL,2013).

Na sequência, em julho de 2013, a ANVISA lançou a RDC nº 36 que instituiu ações para promoção da segurança do paciente, com objetivo de promoção e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Determinou a criação do núcleo de segurança do paciente, elaboração do plano de segurança do paciente, implementação dos protocolos estabelecidos pelo MS, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e o monitoramento dos eventos adversos pelas vigilâncias instituídas. Ressalta-se que a resolução se aplica aos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, excluindo desse escopo os consultórios individualizados, laboratórios clínicos, serviços móveis ou de atenção domiciliar (BRASIL,2013).

Os marcos legais da Segurança do Paciente no Brasil estão descritos no Quadro1.

QUADRO 1 – MARCOS LEGAIS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL

LEGISLAÇÕES	TEMA	OBJETIVO
RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011	Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.	Estabelecer os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde.
PORTARIA nº. 529, de 1º de abril de 2013	Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.
PORTARIA nº 1.377 de 9 de julho de 2013	Aprova os protocolos de segurança do paciente.	Instituir ações para segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional.
RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013	Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.	Esta resolução tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde
PORTARIA nº 2.095 de 24 de setembro de 2013	Aprova os protocolos de segurança do paciente.	Instituir ações para segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional.

FONTE: A autora (2017).

O inciso VI do Art. 5º da Portaria 529/2013 trata da promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e no aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com destaque em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual como uma das estratégias de implementação do PNSP (BRASIL,2013).

A RDC nº 36/2013 define a cultura de segurança como

conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013, p. 1).

Ainda de acordo com o inciso V do art. 4º da Portaria 529/2013, a cultura de segurança se configura a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização, a saber: todos os trabalhadores, incluindo os profissionais envolvidos no cuidado e os gestores, assumem responsabilidade por sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

De acordo com o *National Quality Forum* (NQF), a melhoria da cultura da segurança do paciente tem sido identificada como uma das principais recomendações para promover a segurança nos serviços de saúde. (NQF, 2010). A cultura de uma organização pode ser uma valiosa estratégia na busca contínua pela segurança. Por outro lado, pode ser também um obstáculo para qualquer mudança significativa, uma vez que o êxito de novas iniciativas em segurança do paciente depende, primeiramente, da mudança de aspectos que estão enraizados na cultura da instituição ou unidade (VINCENT, 2010).

No contexto destas situações, o modelo proposto por Reason (1990) - conhecido como queijo suíço, que tem sido mundialmente aceito, afirma que os erros são considerados consequências e não causas, tendo suas origens relacionadas a fatores sistêmicos e não à natureza falível do ser humano. O modelo traz como ideia central o sistema de defesa, onde se impõem barreiras, a fim de impedir os erros. Nesse sentido, quando ocorre um EA, o primordial não é descobrir quem cometeu o erro, mas como e por que as defesas falharam. As falhas humanas não podem ser previstas facilmente, enquanto que, as falhas do ambiente podem ser identificadas previamente e corrigidas, evitando o EA (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Os profissionais de saúde, desde a sua formação, aprendem que não podem errar, e essa cultura é a mesma encontrada nos serviços de saúde, nos quais o erro é abordado de forma individual, como um produto do descuido. (REASON, 1990).

Entretanto, a falibilidade é parte da condição humana, visto que não se pode alterá-la, torna-se necessário mudar as condições em que as pessoas trabalham (QUINTO NETO, 2006).

O desafio para a redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde está na dependência da mudança de cultura dos profissionais para a segurança, alinhada à política de segurança do paciente, instituída nacionalmente. Assim, investir na mudança de sistema, no aperfeiçoamento da equipe de saúde, na utilização de boas práticas e no aprimoramento das tecnologias e melhoria dos ambientes de trabalho constitui questões primordiais para o alcance dos melhores resultados para os pacientes, família e comunidade (BRASIL, 2013b).

Instituir uma cultura de segurança significa transpor obstáculos e promover um ambiente de trabalho colaborativo, no qual todos os membros da equipe tratem-se como iguais, independente da função de trabalho ou título, em que exista o respeito mútuo e a confiança em cada membro, com o objetivo comum de garantir a segurança ao paciente e a qualidade do cuidado. Um aspecto importante para o estabelecimento das estratégias e ações de segurança do paciente é o estabelecimento e manutenção dessa cultura na instituição (BRASIL, 2013).

2.3 QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cuidado de qualidade é aquele que valoriza o bem-estar do paciente, após considerar o balanço de ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo do cuidado (DONABEDIAN, 1980). Donabedian (1980) ainda definiu a qualidade como produto de dois fatores: a ciência e a tecnologia de saúde disponível e suas aplicações no cuidado do paciente. Para Donabedian (2003), a qualidade nos serviços de saúde é composta por diversos atributos, entre eles: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Esses atributos, avaliados isoladamente ou em distintas combinações, mensurados de uma forma ou de outra, expressam a dimensão da qualidade dos serviços.

Em sua vasta contribuição como pesquisador da qualidade em serviços de saúde, Donabedian refere que a avaliação do processo de cuidado tem foco na tríade: estrutura, processo e resultado. A primeira compreende estrutura física, recursos físicos, recursos materiais, recursos humanos e financeiros; o processo compreende

as etapas do cuidado como diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação do paciente, e o resultado refere-se às mudanças no estado de saúde dos indivíduos ou populações (MARTINS, 2014).

Para Martins (2014), a segurança do paciente é compreendida como atributo da qualidade, pois sua busca nos serviços de saúde vai além de garantir um cuidado seguro, visto que envolve também preocupações (ou dimensões) como acesso, efetividade, entre outros.

Em 2005, foi criada a Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) da Atenção Básica, com a principal atribuição de coordenar e definir critérios, mecanismos e fluxos para a avaliação da APS no país. (HENRIQUE; CALVO, 2008). Em torno dessa coordenação foram implantadas algumas práticas avaliativas com destaque para os estudos de linha de base do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), a Ferramenta de Avaliação da Atenção Básica (PCATool) e o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2010).

O PROESF, concebido em 2003, surgiu como proposta de fortalecimento e reorganização da APS a partir da ESF, incorporando processos sistemáticos de monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2003). A AMQ, lançada em 2005, propõe uma metodologia de avaliação que se fundamenta na autogestão com vistas ao desenvolvimento de processos de melhoria contínua da qualidade da APS (BRASIL, 2005).

A AMQ teve como principais diretrizes: ser de livre adesão pelos gestores municipais; a avaliação é realizada pelos próprios executores do programa, ou seja, é um processo auto avaliativo; a operacionalização do sistema, tanto para a alimentação do banco de dados como para a emissão de relatório, se dá de forma virtual; não promove incentivos ou sanções financeiras relacionados aos resultados; permite o acompanhamento do histórico das avaliações pelas instâncias da gestão da APS; e se articula com os planos estaduais de monitoramento e avaliação da atenção básica (BRASIL, 2006).

Outra iniciativa mais recente de avaliação da APS, também apoiada pelo MS, foi o PCATool, lançado em 2010, validado para a Língua Portuguesa (BRASIL, 2010). Este instrumento foi proposto por Starfield (2002), e contém parâmetros universais de avaliação com base nas características nucleares da APS: acessibilidade,

integralidade, longitudinalidade e coordenação, além das características derivativas da APS: centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural. Por meio deste instrumento, é possível identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento, como para a execução das ações na atenção básica (BRASIL, 2010).

Nessa linha de avaliação e melhoria da qualidade na APS, o MS criou, por meio da Portaria nº 1.654/2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esse programa foi produto do esforço do MS com os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica ofertados à sociedade brasileira, e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País (BRASIL, 2011).

O PMAQ-AB visa à melhoria do desempenho da qualidade dos serviços na APS, na qual os indicadores estão relacionados aos grupos prioritários, como gestantes, pacientes diabéticos e hipertensos, e os padrões de qualidade incluem aspectos de infraestrutura, organização do trabalho, capacidade para atendimento de casos agudos, satisfação dos usuários, entre outros (MENDES, 2015).

Com o objetivo de analisar o desempenho de avaliação, foi desenvolvido o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), o qual está classificado em 8 dimensões: efetividade, acesso, eficiência, respeito ao direito das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança (PROADESS, 2011).

Percebe-se que ao longo da constituição dos diversos programas de avaliação da qualidade da APS citados, a busca maior foi o acesso aos serviços e não propriamente os atributos e dimensões da qualidade, sendo o PROADESS o único que menciona a segurança como dimensão da avaliação de desempenho dos serviços da APS.

No Paraná, para que a APS possa exercer o papel de coordenação do cuidado do cidadão, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) definiu como estratégia a implantação de um Programa de Apoio aos Municípios - APSUS, que propôs a melhoria da Atenção Primária à Saúde em todo o Estado. O programa foi constituído pelo componente de investimento da melhoria da estrutura das Unidades de Saúde

(construção, reforma, ampliação, equipamentos e transporte sanitário); componente de custeio para as equipes (incentivo estadual mensal) e o componente de educação permanente, desenvolvido de 2011 a 2014 por meio de nove oficinas, com a capacitação de 35 mil profissionais (PARANÁ, 2015).

Além do APSUS, para que a APS se torne efetivamente coordenadora do cuidado do cidadão em seu território, é preciso organizar micro e macroprocessos nas Unidades de Atenção Primária com envolvimento das equipes e da gestão. (PARANÁ, 2017). Assim, a SESA elaborou uma metodologia que promove a aplicação dos conceitos na realidade de cada equipe, estabelecendo padrões e protocolos, organizando processos de trabalho, garantindo a segurança do paciente e da equipe que o atende (PARANÁ, 2015).

O processo foi denominado de tutoria e está planejado em etapas com objetivo de apoiar para que se “cumpram os atributos e funções da APS, além dos princípios da qualidade” (PARANÁ, 2017). A primeira etapa tem foco na gestão de risco com vistas à segurança do paciente e das equipes; a segunda etapa, no gerenciamento dos processos para melhoria do cuidado, e a terceira etapa, na avaliação dos resultados para melhorar os indicadores da saúde da população. E ao final de cada etapa de avaliação há uma certificação com selo bronze, prata e ouro. E essa certificação dá visibilidade ao processo, incentiva a equipe e cria um padrão de qualidade da APS no Paraná. Antes da implantação da tutoria e após a adesão do município, as equipes são preparadas para participar do processo (PARANÁ, 2015).

Diante do exposto, o processo de tutoria definido no APSUS reconhece a segurança do paciente como um de seus atributos. E para o cenário de estudo, a definição de ações estratégicas, que atendam as prioridades de intervenção para a segurança do paciente na APS do município, soma-se aos esforços já envidados pelas equipes de saúde.

Portanto, esse capítulo abordou temas relevantes como atenção primária à saúde, segurança do paciente e qualidade da atenção primária à saúde para o desenvolvimento da pesquisa.

3 METODOLOGIA

Para melhor descrever os métodos dividiu-se o capítulo nos seguintes itens: tipo de pesquisa, local do estudo, participantes, etapas do estudo, e aspectos éticos.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e exploratória, de abordagem quanti-qualitativa.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2011), é aquela que analisa o papel das representações, das crenças, das emoções e das reflexões do andamento de um programa, projeto ou proposta política. Sendo assim, tem por objetivo a compreensão dos processos e resultados, considerando-os como um complexo universo de ideias, padrões e comportamentos em interação e organizado por interesses consensuais e socialmente reconhecidos.

Já a abordagem quantitativa, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2011), é uma estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para obter conhecimento através da quantificação na coleta e no tratamento das informações. A presente pesquisa tem como característica tratar as informações através da quantificação, aplicando a frequência descritiva de média e mediana e apresentando os resultados em tabelas ou gráficos.

A pesquisa descritiva tem como objetivo relatar as características de uma população específica e pode, ainda, ter a finalidade de identificar as relações entre as variáveis (GIL, 2008). A pesquisa exploratória, por sua vez, pretende investigar mais detalhadamente o problema, de forma mais explícita ou elaborar hipóteses, e possibilita familiaridade entre o pesquisador e o tema, considerando que este é pouco conhecido ou pouco explorado. Envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o objeto de estudo, análise de exemplos que estimulem a compreensão, além de pretender a descoberta, o achado e a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes (GIL, 2008).

E nesse estudo optou-se a perseguir a estrutura da pesquisa avaliativa, de acordo com Novaes (2000), tem como objetivos o desenvolvimento e a produção de conhecimento que seja reconhecido pela comunidade científica, conhecimento, esse que servirá como fator orientador da tomada de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo, de recursos e de demandas externas à pesquisa. Os critérios ou variáveis são: objetivo da avaliação, posição do avaliador, o enfoque priorizado, a metodologia predominante, o contexto da avaliação, a forma de uso da informação produzida, tipo de juízo formulado e temporalidade da avaliação.

Para Novaes (2000), a pesquisa avaliativa exige variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção do processo de avaliação e são as seguintes: objetivo da avaliação, posição do avaliado, enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade de avaliação e tipo de juízo formulado. E de um modo geral, a adoção de uma posição para um critério coloca-se como condição para o enquadramento nas demais, e nesse sentido é possível identificar três tipos de avaliação: investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão.

De acordo com o exposto por Novaes (2000), a presente pesquisa se caracteriza por uma investigação avaliativa, cujo objetivo é a produção de conhecimento científico sobre o tema, a posição do avaliador é interna, o enfoque priorizado é de caracterização e compreensão de um problema, a metodologia utilizada será qualitativa-quantitativa, o contexto da avaliação será natural, a forma de utilização do conhecimento será de informação e instrumentalização para ação, o tipo de juízo formulado serão recomendações e a temporalidade da avaliação será pontual.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um município da Região Metropolitana de Curitiba, no PR, que possui uma área territorial de 1.282.564 km², situa-se na Região Sudeste Paranaense, em posição privilegiada, no corredor de exportação para o Mercosul, distante 24,5 quilômetros da capital, tendo como principal acesso a Rodovia

Federal BR-277. De acordo com o censo do IBGE (2010), possui população de 112.377 habitantes, com o predomínio do sexo feminino, em algumas faixas etárias, grande parte da população concentra-se na faixa etária produtiva de 20 a 60 anos. Outros dados estão expostos no Quadro 2.

QUADRO 2 – O MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA EM NÚMEROS

População	112.377 habitantes
Área	1.282.564 km ²
Densidade demográfica	98,02 hab/km ²
IDH	0,745
PIB	3.757.564 mil
Renda per capita	30.688
Expectativa de vida	76,21 anos
Proporção de idosos	9,4%
Taxa de crescimento populacional	1,93% por ano
Mortalidade infantil	13,95 por mil nascimentos

FONTE: PARANÁ – IPARDES 2015.

Entre os tipos de estabelecimentos disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município conta com serviços públicos e privados, dos quais 18 Unidades de Saúde com 23 equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo cinco rurais, uma Unidade de Pronto Atendimento 24hrs, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, um CAPS álcool e drogas, um CAPS infanto-juvenil, um núcleo de especialidades (NIS III), um ambulatório de infectologia, dois hospitais gerais conveniados ao SUS, um de grande porte com UTI adulto, UTI neonatal, e um hospital regional infantil do governo estadual que presta atendimento 100% SUS. Possui ainda uma base do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com duas ambulâncias de suporte básico, uma na área urbana e outra, na rural. Conta ainda com vários ambulatórios, consultórios, clínicas e centros de imagem e de diversas especialidades privados.

O município está inserido no programa nacional de atenção básica com 23 equipes de estratégia de saúde da família, sendo 5 destas na zona rural totalizando cobertura de 60%. Cada equipe é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais como dentistas, técnicos em higiene dental, auxiliares de odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, formam uma equipe de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

Os profissionais que atuam na atenção à saúde estão vinculados por concurso público no regime estatutário. Em 2017, a prefeitura passou por reforma administrativa, quando a Secretaria de Saúde passou a ser caracterizada da seguinte forma: Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde e Secretaria de Urgência e Emergência. A primeira está subdividida em Departamento de Atenção em Saúde, Departamento de Regulação, Controle e Avaliação e Departamento de Vigilância em Saúde. E a segunda, em Departamento de Urgência e Emergência como se observa a seguir:

SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO EM SAÚDE

- Divisão de Atenção Primária
- Seção de Programas de Prevenção à Saúde
- Divisão de Central de Distribuição de Medicamentos
- Divisão de Média Complexidade
- Divisão de Saúde Mental
- Seção do Centro de Atenção Psicossocial/álcool e drogas
- Seção do Centro de Atenção Psicossocial/infantil
- Seção do Centro de Atenção Psicossocial/transtorno mental
- Seção de Políticas sobre Drogas

DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

- Divisão de Estrutura e Funcionamento das Unidades de Saúde
- Divisão de Registro da Produção e Faturamento
- Divisão de Recursos Vinculados à Saúde

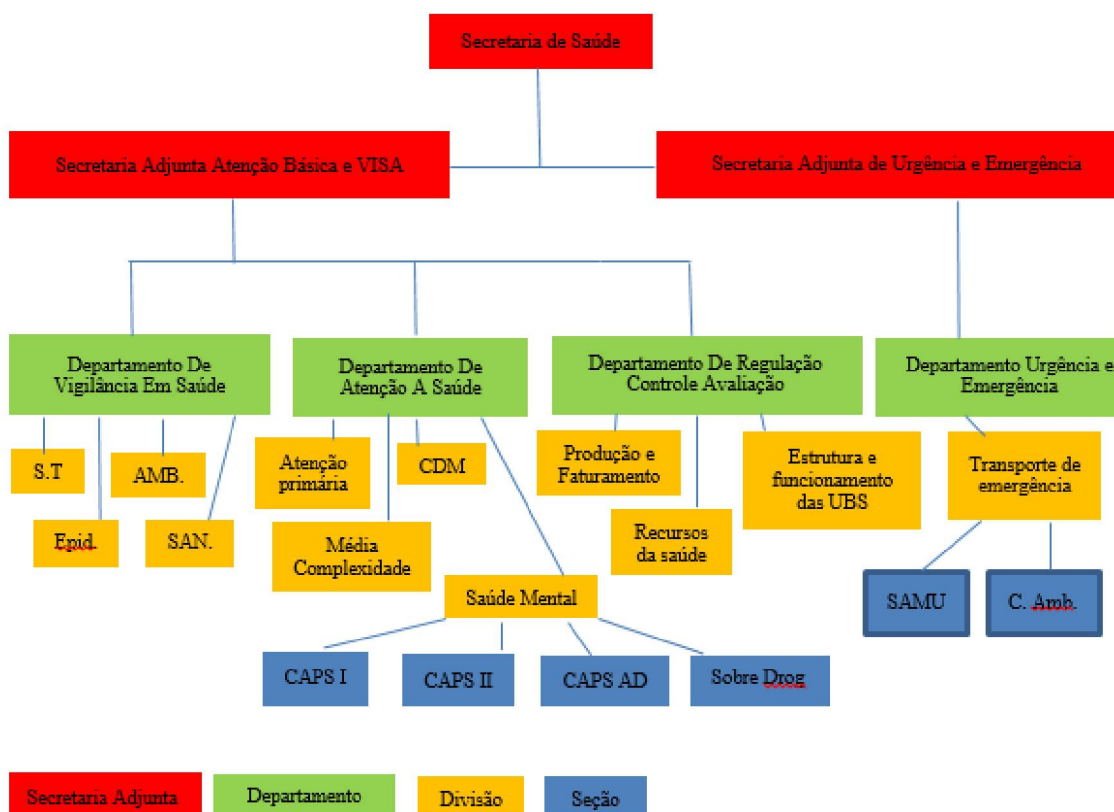
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Divisão de Vigilância Epidemiológica
- Divisão de Vigilância Sanitária
- Divisão de Vigilância da Saúde do Trabalhador
- Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental

SECRETARIA ADJUNTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Divisão de transporte de emergência
- Seção da Central de Ambulância
- Seção do SAMU

FIGURA 1 - ORGANOGRAMA SECRETARIA DE SAÚDE



FONTE: Plano Municipal de Saúde de município da Região Metropolitana de Curitiba 2017/2019.

Importante ressaltar que o município está inserido no APSUS e durante o ano de 2017 passou pelo processo de tutoria para o Selo Bronze, foram inscritas as 18 unidades de estratégias de saúde da família e após a reorganização dos processos, melhoria na estrutura e avaliação dos resultados 8 estabelecimentos foram contemplados com o selo bronze.

Essa certificação das unidades contempladas é realizada num evento estadual em que membros da equipe e gestores estão presentes e é realizado um sorteio de um veículo como forma de incentivo para adesão e permanência no programa.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram os enfermeiros que trabalham em Unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município da Região Metropolitana de Curitiba, escolhido para a pesquisa, sendo a população esperada de 23 enfermeiros. A escolha desses participantes deveu-se ao fato desses profissionais estarem mais presentes na assistência à população. Os profissionais foram convidados em uma reunião após explanação sobre a segurança do paciente.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão para participação na pesquisa, optou-se por enfermeiros de ambos os sexos, lotados na Secretaria Municipal de um município da região metropolitana de Curitiba, e que atuam na Atenção Primária à Saúde há mais de 6 meses. Os critérios de exclusão foram enfermeiros afastados por motivos de saúde, férias ou indisponibilidade de participar da pesquisa.

3.5 ETAPAS DO ESTUDO E CAMINHO METODOLÓGICO

A pesquisa foi desenvolvida em etapas: diagnóstica, analítica e operacional, conforme o Quadro 3, com a descrição das respectivas técnicas de coleta e análises.

QUADRO 3 - OBJETIVOS E ETAPAS DO ESTUDO PROPOSTO

Objetivos específicos	Etapa	Técnica de coleta de dados	Participantes
Avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família.	Diagnóstica	Reunião para apresentação da pesquisa e aplicação do instrumento <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC)	Enfermeiros da ESF e pesquisadora
Identificar problemas passíveis de Intervenção para segurança do paciente na APS de um município da Região Metropolitana de Curitiba.	Analítica	Grupo Focal	Enfermeiros da ESF e Pesquisadora
Elaborar ações estratégicas para segurança do paciente na APS.	Operacional	A ser definida de acordo com a prioridade identificada pelo grupo focal.	Pesquisadora

FONTE: A autora (2017).

A seguir, serão apresentadas as etapas do estudo.

3.5.1 Etapa diagnóstica

É a caracterização do perfil dos participantes e a avaliação da cultura de segurança. Foi aplicado instrumento de pesquisa para conhecer a cultura de segurança do paciente na APS do município da Região Metropolitana de Curitiba escolhido para a pesquisa. Optou-se por utilizar a versão do instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), traduzida e adaptada transculturalmente. Ele foi elaborado em 2007 pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) nos Estados Unidos da América. Este instrumento foi utilizado na Espanha e no Lîmen, analisado por 15 especialistas no Reino Unido, Holanda, Dinamarca, Alemanha, Polônia e Áustria, e os resultados mostraram ser uma ferramenta útil para avaliar a cultura do paciente na APS na Europa (PARKER et al., 2015).

No Brasil, o instrumento foi traduzido e validado transculturalmente no período de março a abril de 2015, em três centros de saúde e uma clínica da família de uma regional da Secretaria do Estado do Distrito Federal. Foram distribuídos 52 instrumentos e devolvidos 37 (71%) e o resultado apresentou coeficiente alfa 0,95 (alta compatibilidade) e índice de validade satisfatório (0,85) (TIMM; RODRIGUES, 2015).

O instrumento de coleta de dados (ANEXO 3) é constituído pela parte de identificação dos perfis dos participantes, seguido das perguntas do (MOSPSC), que é constituído por 51 perguntas, que medem 12 dimensões sobre segurança do paciente: 1) comunicação aberta; 2) comunicação sobre erro; 3) troca de informação com outros setores; 4) processo de trabalho e padronização; 5) aprendizagem organizacional; 6) percepção geral da segurança do paciente e qualidade; 7) apoio dos gestores na segurança do paciente; 8) seguimento da assistência ao paciente; 9) questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade; 10) treinamento da equipe; 11) trabalho em equipe; 12) pressão no trabalho e ritmo (TIMM; RODRIGUES, 2016).

A compreensão dos dados é graduada pela escala de Likert com a seguinte dominação: 1 – não entendi, 2 – entendi pouco, 3 – entendi mais ou menos, 4 – entendi e 5 – entendi plenamente. O instrumento está dividido em seções:

Seção A – Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade

Seção B – Troca de informações com outras instituições

Seção C – Trabalhando neste serviço de saúde

Seção D – Comunicação e acompanhamento

Seção E – Apoio de gestores/administradores/líderes

Seção F – Seu serviço de saúde

Seção G – Avaliação global

Seção H – Questões sobre a prática profissional

Seção I – Comentários.

A gradação da compreensão dos dados será realizada por meio da escala *Likert* conforme as denominações ilustradas no Quadro 4.

Em algumas seções as questões foram invertidas e foram assinaladas com (inv) para trazer estabilidade as tabelas para que ficasse sempre do menor para o maior, sem prejuízo do resultado.

QUADRO 4 – DENOMINAÇÃO DA ESCALA DE LIKERT

SEÇÃO	ESCALA DE LIKERT
Seção A	1-Diariamente; 2- Pelo menos uma vez na semana; 3- Pelo menos uma vez por mês; 4- Várias vezes nos últimos 12 meses; 5- Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses; 6- Não aconteceu nos últimos 12 meses; e 9- Não se aplica ou não sei.
Seção B	1-Problemas diariamente; 2- Problema pelo menos uma vez por semana; 3- Problema pelo menos uma vez ao mês; 4- Vários problemas nos últimos 12 meses; 5- Um ou dois problemas nos últimos 12 meses; 6- Nenhum problema nos últimos 12 meses; e 9- Não se aplica ou não sei.
Seção C, E, F	1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo e nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente; e 9- Não se aplica ou não sei.
Seção D	1-Nunca; 2-Raramente; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre; e 9- Não se aplica ou não sei.

FONTE: Timm (2015).

Os dados foram coletados pela pesquisadora, no período 4 de julho de 2017 até o dia 4 de agosto do mesmo ano. Foram distribuídos 23 questionários, dos quais todos retornaram, ou seja, houve 100% de participação. Após uma reunião com os enfermeiros da APS para apresentar os objetivos da pesquisa, foi solicitada a autorização da chefia de divisão, realizado o convite para participação e feita a entrega do instrumento para que respondessem da forma que se sentissem mais confortáveis.

A devolução do instrumento foi acompanhada do TCLE devidamente assinado.

De acordo com Silva-Batalha (2007) o enfermeiro foi o profissional escolhido por se tratar do membro da equipe que gerencia o cuidado e desenvolve a interlocução entre o sistema e o paciente, encontrando-se em posição de destaque. Este é profissional que deve ser o primeiro a buscar ações que promovam a segurança do paciente.

3.5.2 Etapa analítica

Foi desenvolvida em duas fases: 1) análise dos dados da cultura de segurança do paciente para 2) compreender e descrever problema passível de intervenção. A primeira fase inclui a análise descritiva dos dados obtidos na aplicação do instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC). Os dados foram tabulados por meio de planilha de *Excel*® e, na sequência, analisados por meio de estatística descritiva. A Seção I solicitava aos participantes que comentassem sobre segurança e qualidade assistencial no serviço onde trabalha. Ela foi analisada a partir da nuvem de palavras após mineração de texto. Para se obter uma nuvem de palavras foi necessário fazer um pré-processamento nas respostas de cada participante. Após esta etapa foi utilizado o software *Wordcloud in R*®. Esse processo envolveu:

1. transformar todas as palavras em minúsculas;
2. retirar a pontuação do texto;
3. remover os números;
4. remover espaços em branco extra;
5. retirar palavras *stopwords* (palavras que não agregam significado ao texto, como: que, quando, eu, você).
6. obter somente o radical de cada palavra pelo algoritmo *SnowballC*;
7. criar anagramas: além de considerar a frequência de cada palavra de forma “única” (por exemplo: falta); também contar a frequência de palavras compostas, isto é, aquelas que apareceram em sequência (aqui, a sequência máxima de palavras definida foi 2; por exemplo: falta qualidade);
8. contar quantas vezes cada palavra (anagrama) radicalizada apareceu nos depoimentos;
9. voltar a palavra (anagrama) radicalizada para um dos seus nomes sem

a radicalização;

10 exibir a nuvem de palavras com as palavras (anagramas) originais.

Na **segunda fase** dessa etapa, foi realizado um grupo focal para apresentação dos resultados da primeira etapa e compreensão coletiva dos participantes sobre a situação-problema e as prioridades de intervenção. O grupo focal, como técnica de coleta e de análise de dados, se constitui em importante estratégia para inserir os participantes da pesquisa no contexto das discussões de análise e síntese que contribuam para o repensar de atitudes, concepções, práticas e políticas sociais (BACKES *et al.*, 2011).

O grupo focal foi formado com o objetivo de viabilizar a discussão para traçar as estratégias para promoção da segurança do paciente a partir da avaliação da cultura de segurança na APS. O número de reuniões, frequência e a duração foram propostos pelos participantes e foram pactuados com a Divisão de Atenção à Saúde do município.

Na realização do grupo focal, além dos participantes da pesquisa, o moderador, que no caso foi a pesquisadora, tem o intuito de atingir os objetivos do estudo, passando confiança e empatia, sem criar conflito. Um observador esteve presente e gravou, em áudio, o encontro.

Nessa experiência, foram usados dois gravadores. Pelas características dos participantes, e por acreditar-se que o recurso de filmagem pudesse interferir na espontaneidade dos sujeitos, escolheu-se gravação de áudio.

A sessão foi organizada para duração de uma hora e, no encerramento, o moderador realizou síntese do trabalho e esclarecimento a respeito de questões abordadas pelo grupo. A seguir o roteiro.

Primeiro momento - foi feita a apresentação do tema e da pesquisa realizada com eles.

Segundo momento - foi apresentado o resultado da avaliação da cultura de segurança do instrumento MOSPSC, valorizando os principais resultados e, em especial, aqueles que constituíam os problemas passíveis de intervenção.

Na discussão, foram apresentados os resultados através de explanação e *PowerPoint* com gráficos das questões consideradas problemas. A cada momento, permitiu-se a discussão dos dados.

Terceiro momento – foram propostas ações de intervenção para o grupo como

plano de ação; protocolos de segurança do paciente para APS e a ficha de notificação de evento adverso/incidente e como o produto desse trabalho foi elaborada a ficha de notificação de evento adverso/incidente.

A fase da pré-análise é considerada como a organizativa do estudo. Esse primeiro passo consistiu em organizar os dados coletados nos grupos focais, realizados com os participantes do estudo, os enfermeiros, em que a pesquisadora procedeu à transcrição do conteúdo captado pelos gravadores digitais, respeitando os discursos na íntegra.

Os participantes pertencentes a cada grupo foram identificados pela letra E de enfermeiro, e receberam um número em algarismo arábico sequencial, garantindo-se, assim, o anonimato das falas. Desse modo, foram referenciados de E1 a E23.

As falas do grupo focal, anotadas por um observador (um profissional da Secretaria Municipal de Saúde) configuram-se um relatório que ofereceu suporte para a caracterização dos mesmos. Nesse momento, foram retomados o objeto do estudo, os objetivos, os questionamentos e os pressupostos, direcionando a explanação do resultado da avaliação da cultura de segurança, compreendendo um problema passível de intervenção. Essas falas foram processadas da mesma forma que a Seção I e exibidas na forma da nuvem de palavras com as palavras originais.

5.5.3 Etapa operacional

Visou o planejamento e a execução da intervenção, em conjunto com os participantes da pesquisa. A mesma foi desenvolvida de acordo com a definição da situação-problema e prioridade de intervenção identificada na etapa analítica pelos participantes do grupo focal. Para o planejamento, foram propostas pela pesquisadora ferramentas adequadas ao tipo de intervenção selecionada, e o produto final dessa etapa (intervenção) foi definido pelo grupo. Definiu-se a elaboração da ficha de notificação de eventos adversos, para quantificação e caracterização dos erros decorrentes da assistência na APS.

A ficha de notificação foi elaborada de acordo com a nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015 que faz orientações gerais para notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

A ficha contém a definição de evento adverso/incidente; características do paciente; tipo do evento/incidente; grau do dano; fase da assistência em que

aconteceu o evento; data do evento/incidente; fatores contribuintes para o dano; ações de melhoria; a unidade de saúde e o responsável pelo preenchimento.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa, foram considerados os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta resolução incorpora os quatro princípios básicos da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científico, dos participantes da pesquisa e do Estado (BRASIL, 2012).

O projeto foi analisado e aprovado em maio de 2017 sob parecer de nº 2.043.970 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e CAAE: 66939717.3.0000.0102 (ANEXO 2), o qual está registrado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do MS (CONEP/MS).

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados em etapas: diagnóstica, analítica e operacional.

4.1 ETAPA DIAGNÓSTICA

4.1.1 Identificação dos participantes

Os dados de identificação dos participantes foram obtidos na seção H do instrumento MOSPCS, e foram apresentados em tabelas.

A faixa de idade mais frequente entre os profissionais entrevistados foi entre 30 e 40 anos, que representou 52,2% (n=12) do total dos entrevistados. Em seguida, em 30,4% (n=7) a idade variou entre 20 e 30 anos, na Tabela 1.

TABELA 1 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DA VARIÁVEL IDADE (N=23)

Idade	Frequência	Percentual (%)	Acumulado (%)
30 – 40 anos	12	52.2	52.2
20 – 30 anos	7	30.4	82.6
40 – 50 anos	3	13	95.6
50 anos ou mais	1	4.4	100
Total	23	100	

FONTE: A autora (2018).

A Tabela 2 apresenta o tempo de formação dos enfermeiros, dos quais 47,8% se formaram há mais de 10 anos, (n=11), e 30,4% (n=7) entre 2 e 5 anos.

TABELA 2 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DA VARIÁVEL TEMPO DE FORMAÇÃO (N=23)

Tempo de formação	Frequência	Percentual (%)	Acumulado (%)
Mais de 10 anos	11	47.8	47.8
2 a 5 anos	7	30.4	78.2
5 a 10 anos	3	13.1	91.3
Menos de 1 ano	2	8.7	100
Total	23	100	

FONTE: A autora (2018).

A maioria dos enfermeiros (56.5%, n=13) possui pós-graduação, conforme Tabela 3. Nenhum entrevistado declarou possuir outro vínculo profissional.

TABELA 3 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DA VARIÁVEL PÓS-GRADUAÇÃO (N=23)

Pós-graduação	Frequência	Percentual (%)	Acumulado (%)
Não	10	43.5	43.5
Tem 1	7	30.4	73.9
Tem 2	3	13	86.9
Tem 3 ou mais	3	13.1	100
Total	23	100	

FONTE: A autora (2018).

De acordo com os dados obtidos na seção H do instrumento, que aborda questões sobre a prática profissional, a variável H1 (Tabela 4), descreve o tempo de serviço do profissional. Dos participantes, a maioria, 26,1% (6), trabalha na área entre 3 e 6 anos e 26,1% (6), estão entre 6 e 11 anos de trabalho, totalizando um acumulado de 52,2% (n=12), ou seja, entre 3 e 11 anos.

TABELA 4 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DA VARIÁVEL H1 (TEMPO DE SERVIÇO) (N=23)

H1-Tempo de Serviço	Frequência	Percentual (%)	Acumulado (%)
1 ano a menos de 3 anos	6	26.1	26.1
3 anos a menos de 6 anos	6	26.1	52.2
6 anos a menos de 11 anos	5	21.7	73.9
2 meses a menos de 1 ano	4	17.4	91.3
Menos de 2 meses	1	4.3	95.6
11 anos ou mais	1	4.4	100
Total	23	100	

FONTE: A autora (2018).

A variável H2 descreve quantas horas semanais os profissionais trabalham, demonstrou que 100% (n=23) desses estão vinculados a 40 horas por semana.

Na tabela 5, que apresenta os resultados da variável H3, os participantes responderam qual era o seu cargo neste serviço. 82,6% (n=19) se declararam enfermeiros, enquanto os outros 17,4% (n=4) declararam-se como enfermeiro/gerente.

TABELA 5 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DA VARIÁVEL H3 (CARGO) (N=23)

H3 Cargo	Frequência	Percentual (%)	Acumulado (%)
Enfermeiro	19	82.6	82.6
Enfermeiro/gerente	4	17.4	100
Total	23	100	

FONTE: A autora (2018).

4.1.2 Seções do instrumento: Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)

A Tabela 6 mostra a distribuição das respostas para cada uma das questões da seção A, que procura avaliar a cultura de segurança e a qualidade do cuidado com os pacientes.

O item A1 refere-se ao acesso ao cuidado, avalia se um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo. A questão A2 trata da identificação do paciente e, se no atendimento, foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente. Observa-se que essas questões foram as mais bem avaliadas desta seção, porque não aconteceram nos últimos 12 meses, de acordo com 56,5% (n=13) dos participantes em cada questão.

Já as questões A3 e A4 avaliam prontuários e registros e mostraram que em uma ou duas vezes, nos últimos doze meses, 56,5% (n=13) dos prontuários não estavam disponíveis quando necessário (A3), e que 34,8% (n=8) dos prontuários tinham informações referentes a outro paciente (A4).

Na questão A5, sobre manutenção de equipamentos, as respostas mostram que problemas ocorreram várias vezes nos últimos doze meses, segundo 30,4% (n=7) das respostas, e que ocorreram uma ou duas vezes, nos últimos doze meses, conforme 39,1% (n=9) das respostas. Os equipamentos necessários para o atendimento não funcionaram ou precisavam de manutenção.

A questão A6 teve a maior aglutinação de respostas em uma única variável, 60,9%(n=14), pois, uma ou duas vezes nos últimos doze meses o paciente precisou retornar à Unidade de Saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.

Na questão A8, 39,1% (n=9) dos participantes marcaram que várias vezes, nos últimos doze meses, os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessários.

A questão A9 foi a única em que alguém relatou que o problema ocorre diariamente, para 47,8% (n=11) dos participantes, no entanto, a situação ocorreu várias vezes nos últimos doze meses. As questões A8 e A9 referem-se a exames laboratoriais ou de imagem que não foram realizados e a resultados de exames laboratoriais ou de imagens que não estavam disponíveis quando necessário, respectivamente. Observou-se que a maioria das respostas assinaladas foi: pelo menos uma vez na semana, pelo menos uma vez no mês, e várias vezes nos últimos doze meses. Já na questão A10, que averigua a falta de acompanhamento de um paciente com exame alterado, 47,8% (n=11) dos participantes mostraram que isso ocorreu 1 ou 2 vezes nos últimos doze meses.

TABELA 6 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA VARIÁVEL

Variáveis	Categorias das Variáveis (n= 23)							Total
	Ao menos 1x na sem	Ao menos 1x ao mês	Várias vezes nos últ.12m	1ou2x nos últ. 12m	Não aconteceu nos últ.12.m	NãoSe i/ NA	Informação Faltante	
A1 – Paciente não conseguiu consulta em até 48h para caso sério/agudo.	0; (0%)	2; (8.7%)	2; (8.7%)	5; (21.7%)	13; (56.5%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)
A2 – Se, no atendimento de um paciente, foi utilizado um prontuário/registro de outro.	0; (0%)	0; (0%)	1; (4.3%)	8; (34.8%)	13; (56.5%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)
A3 – Prontuário ou registro de um paciente não estava disponível quando necessário.	2; (8.7%)	2; (8.7%)	2; (8.7%)	13; (56.5%)	3; (13%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)
A4 – Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.	1; (4.3%)	0; (0%)	1; (4.4%)	8; (34.8%)	11; (47.8%)	2; (8.7%)	0; (0%)	23; (100%)
A5 – Equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	0; (0%)	5; (21.8%)	7; (30.4%)	9; (39.1%)	2; (8.7%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
A6 – Paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	0; (0%)	1; (4.3%)	5; (21.7%)	14; (60.9%)	2; (8.7%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)
A7 – Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	0; (0%)	1; (4.3%)	1; (4.4%)	8; (34.8%)	11; (47.8%)	2; (8.7%)	0; (0%)	23; (100%)
A8 – Exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	4; (17.4%)	3; (13.1%)	9; (39.1%)	2; (8.7%)	5; (21.7%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
A9 – Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	4; (17.4%)	3; (13%)	11; (47.8%)	2; (8.7%)	2; (8.7%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
A10 – Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado ou avaliado	0; (0%)	1; (4.4%)	3; (13%)	11; (47.8%)	7; (30.4%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)

FONTE: A autora (2018).

A tabela 7 refere-se à seção B, que avalia a comunicação entre instituições nos últimos doze meses, e com que frequência o serviço de saúde apresentou problemas relacionados a troca de informações completas, precisas e pontuais. Os dados obtidos na seção concentram-se na variável, “várias vezes nos últimos doze

meses”, sendo a maior frequência de 47,8% (n=11) encontrada na questão B1, referente aos serviços de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde.

TABELA 7 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA VARIÁVEL (N=23)

Variáveis	Categorias das Variáveis								Total Coluna (100%)
	Diária	Pelo menos 1x na sem	Pelo menos 1x ao mês	Várias vezes nos últ. 12 m	1 ou 2 x nos últ. 12m	Nenhum problema nos últ. 12.m	Não Sei/ NA	Informação Faltante	
B1 – Centros de imagem/laboratório rede de atenção à saúde	0; (0%)	6; (26.1%)	2; (8.7%)	11; (47.8%)	3; (13%)	1; (4.4%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
B2 – Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	0; (0%)	3; (13%)	0; (0%)	9; (39.1%)	8; (34.8%)	3; (13.1%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
B3 – Farmácias?	0; (0%)	3; (13.1%)	2; (8.7%)	5; (21.7%)	7; (30.4%)	4; (17.4%)	2; (8.7%)	0; (0%)	23; (100%)
B4 – Hospitais?	0; (0%)	3; (13%)	3; (13.1%)	7; (30.4%)	7; (30.4%)	2; (8.7%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)
Outros? Por favor, especifique	0; (0%)	0; (0%)	0; (0%)	0; (0%)	0; (0%)	0; (0%)	4; (17.4%)	19; (82.6%)	23; (100%)

FONTE: A autora (2018).

A tabela 8 apresenta a seção C, que tem como tema “Trabalhando neste serviço de saúde”. Os dados mais relevantes ressaltam que 52,2% (n=12) dos enfermeiros não se sentem apressados ao atender o paciente, 43,5% (n=10) dos profissionais referem que sua equipe sempre recebe treinamento quando novos processos são implantados, 60,9% (n=14) disseram que neste serviço a desorganização é maior que o aceitável. Analisando a proposição que diz “Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes”, 47,8% responderam discordo (n=11), sendo que quando questionados se nesse serviço há maior número de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente, 47,8% (n=11) discordaram e 21,7% (n=5) discordaram totalmente, totalizando 69,5% (n=16).

TABELA 8 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA VARIÁVEL (N=23)

(continua)

Variáveis	Categorias das variáveis							Total
	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente	Não Sei/ NA	Informação Faltante	
C1 – Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	0; 0%	2; (8.7%)	3; (13%)	11; (47.8%)	6; (26.1%)	0; (0%)	1; (4.4%)	23; (100%)
C2 – Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais	0; (0%)	1; (4.4%)	3; (13%)	11; (47.8%)	8; (34.8%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
C3.inv- Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	3; (13%)	12; (52.2%)	3; (13%)	4; (17.4%)	1; (4.4%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
C4 – Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	2; (8.7%)	6; (26.1%)	3; (13%)	10; (43.5%)	2; (8.7%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
C5 – Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	0; (0%)	0; (0%)	4; (17.4%)	10; (43.5%)	8; (34.8%)	1; (4.3%)	0; (0%)	23; (100%)
C6.inv – Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	7; (30.4%)	5; (21.7%)	3; (13%)	5; (21.7%)	1; (4.4%)	1; (4.4%)	1; (4.4%)	23; (100%)
C7 – Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	1; (4.3%)	4; (17.4%)	5; (21.7%)	12; (52.2%)	1; (4.4%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
C8.inv – Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	0; (0%)	0; (0%)	7; (30.4%)	14; (60.9%)	2; (8.7%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)

FONTE: A autora (2018).

TABELA 8 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA VARIÁVEL (N=23)

(continuação)

C9 – Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	0; (0%)	7; (30.4%)	6; (26.1%)	10; (43.5%)	0; (0%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
C10.inv – Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	1; (4.3%)	8; (34.8%)	4; (17.4%)	9; (39.1%)	1; (4.4%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
C11 – Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	8; (34.8%)	11; (47.8%)	2; (8.7%)	2; (8.7%)	0; (0%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
C12. inv. – Neste serviço há problemas com fluxo de trabalho.	0; (0%)	10; (43.5%)	6; (26.1%)	7; (30.4%)	0; (0%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
C13 – Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	0; (0%)	5; (21.7%)	1; (4.4%)	14; (60.9%)	3; (13%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
C14.inv – Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de Maneira eficiente.	5; (21.7%)	11; (47.8%)	3; (13.1%)	4; (17.4%)	0; (0%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
C15 – A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	1; (4.4%)	3; (13%)	7; (30.4%)	12; (52.2%)	0; (0%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)

FONTE: A autora (2018).

Nesta seção, a Escala de Likert empregada considerou a variável ‘Não discordo e nem concordo’ como ‘Neutro’. A variável C11 (Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes) alcançou 83% de respostas negativas, e apenas 9% de respostas positivas.

As questões que obtiveram seus scores invertidos ganharam “inv” ao final da nomenclatura, caso das questões c14.inv, c3.inv, c6.inv, c12.inv, c10.inv e c8.inv. Neste caso, a tabela 8 mostra que a questão c14.inv (Neste serviço há número maior número de pacientes que a capacidade para os atender de maneira eficiente) obteve 70% de “respostas negativas”, que se referem às respostas “Discordo totalmente” e “Discordo”. Mas, uma vez que as respostas dessas questões foram invertidas, é importante lembrar que as respostas “Discordo totalmente” e “Discordo” se referem a “Concordo totalmente” e “Concordo”.

A seção D, cujos dados estão descritos na Tabela 9, avalia comunicação e acompanhamento, demonstrando que, no serviço, a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista, 43,5% (n=10) disseram que sempre e 26,1% (n=6) quase sempre. A equipe, porém, tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto, sendo que 56,5% (n=13) participantes quase sempre. A equipe deste serviço acredita que seus erros podem ser usados contra si; para 39,1% (n=9) quase sempre e para 17,4% (n=4), sempre, sendo essa a questão pior avaliada. E neste serviço, para 47,8% (n=11) é difícil expressar opiniões diferentes.

Também se observou que os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam 34,8% (n=8), sempre, e 34,8% (n=8), quase sempre, totalizando 69,6% (n=16) das respostas.

TABELA 9: FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA VARIÁVEL (N=23)
(continua)

Variáveis	Categorias das variáveis							
	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre	Não Sei/ NA	Informação Faltante	Total (100%)
D1 – Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	1; (4.3%)	1; (4.4%)	2; (8.7%)	9; (39.1%)	10; (43.5%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
D2 – Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	0; (0%)	1; (4.3%)	6; (26.1%)	6; (26.1%)	10; (43.5%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
D3 – Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	2; (8.7%)	0; (0%)	1; (4.3%)	8; (34.8%)	11; (47.8%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)
D4.inv – Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	0; (0%)	0; (0%)	6; (26.1%)	13; (56.5%)	4; (17.4%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
D5 – Este serviço registra a maneira como os pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	0; (0%)	2; (8.7%)	7; (30.4%)	6; (26.1%)	7; (30.4%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)
D6 – Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.	1; (4.3%)	2; (8.7%)	4; (17.4%)	9; (39.1%)	6; (26.1%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)

Fonte: A autora (2018).

TABELA 9: FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA VARIÁVEL (N=23)

(continuação)

D7.inv – A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	2; (8.7%)	4; (17.4%)	3; (13%)	9; (39.1%)	4; (17.4%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)
D8 – A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	0; (0%)	1; (4.3%)	6; (26.1%)	6; (26.1%)	10; (43.5%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
D9 – Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	0; (0%)	0; (0%)	1; (4.3%)	18; (78.3%)	4; (17.4%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
D10.inv – Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	0; (0%)	3; (13%)	11; (47.8%)	8; (34.8%)	1; (4.4%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
– Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	0; (0%)	1; (4.4%)	8; (34.8%)	5; (21.7%)	9; (39.1%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
D12 – Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	0; (0%)	2; (8.7%)	5; (21.7%)	8; (34.8%)	8; (34.8%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)

Fonte: A autora (2018).

A seção E apresentada na Tabela 10, avalia o apoio de gestores/administradores/líderes. Para essa seção, todos aqueles que são gestores não deveriam respondê-la. No entanto, houve profissionais que se declararam como enfermeiros/gerentes e a responderam. Tais respostas foram descartadas.

Na Tabela 10, 42, % (n=8) discordaram sobre a questão de que os gestores estão investindo em recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado, e 47,4% (n=9) concordaram que gestores/administradores ignoram erros que se repetem no cuidado do paciente. E se eles (gestores) frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes, 52,6% (n=10) dos participantes permaneceram neutros.

TABELA 10 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA(%) PARA CADA VARIÁVEL (N=23)

Variáveis	Categorias das variáveis							
	Discord o totalment e	Discord o	Neutro	Concord o	Concord o Totalment e	NãoSei/N A	Informaçã o Faltante	Tota l (100 %)
E1.inv – Eles estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado.	1; (5.3%)	8; (42.1%)	4; (21%)	3; (15.8%)	0; (0%)	0; (0%)	3; (15.8%)	19; (100%)
E2.inv – Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.	0; (0%)	2; (10.5%)	6; (31.6%)	9; (47.4%)	0; (0%)	0; (0%)	2; (10.5%)	19; (100%)
E3 – Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.	0; (0%)	3; (15.8%)	6; (31.6%)	8; (42.1%)	0; (0%)	0; (0%)	2; (10.5%)	19; (100%)
E4.inv – Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço não no que é melhor para os pacientes.	1; (5.3%)	2; (10.5%)	10; (52.6%)	4; (21.1%)	0; (0%)	0; (0%)	2; (10.5%)	19; (100%)

FONTE: A autora (2018).

A tabela 11 traz a seção F, que descreve como o participante da pesquisa avalia seu serviço. Nessa tabela, chama atenção o fato de que 60,9% (n=14) dos participantes concordam, e 34,8% (n=8) concordam totalmente, com a proposição ‘Quando há problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas’. Além disso, 69,6% (n=16) dos enfermeiros concordam que neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria. 43,5% (n=10) concordam e 30,4% (n=7) concordam totalmente que ‘É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes’. Ainda, 47,8% (n=11) concordaram, e 13% (n=3) concordaram totalmente que ‘Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado’. E 65,2% (n=15) concordam que ‘Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam’.

TABELA 11: FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA VARIÁVEL (N=23)

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente	Não Sei/NA	Informação Faltante	Total (100%)
F1 – Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	0; (0%)	0; (0%)	1; (4.3%)	14; (60.9%)	8; (34.8%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
F2 – Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	1; (4.3%)	2; (8.7%)	8; (34.8%)	11; (47.8%)	1; (4.4%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
F3.inv – Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.	0; (0%)	1; (4.3%)	2; (8.7%)	16; (69.6%)	4; (17.4%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
F4.inv – É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	0; (0%)	1; (4.3%)	3; (13%)	10; (43.5%)	7; (30.4%)	1; (4.4%)	1; (4.4%)	23; (100%)
F5 – Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	0; (0%)	3; (13%)	7; (30.4%)	9; (39.1%)	3; (13.1%)	0; (0%)	1; (4.4%)	23; (100%)
F6.inv – Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	0; (0%)	4; (17.4%)	4; (17.4%)	11; (47.8%)	3; (13%)	0; (0%)	1; (4.4%)	23; (100%)
F7 – Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.	1; (4.4%)	0; (0%)	3; (13%)	15; (65.2%)	3; (13%)	0; (0%)	1; (4.4%)	23; (100%)

A tabela 12 apresenta avaliação global da qualidade que é como o entrevistado classificaria este serviço de saúde (seção G), em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidado de saúde: G1a é centrada no paciente – “É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes”. 56,5% (n=13) dos enfermeiros classificaram como bom, e 30,4% (n=7), muito bom. G1b efetivo é baseado no conhecimento científico. Para 47,8% (n=11), muito bom, e 34,8% (n=8), como bom. G1c pontual - minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais. 39,1% (n=9) classificaram como muito bom, e 30,4% (n=7), como bom. G1d eficiente – garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo ou incorreto de serviços). Os participantes avaliaram (39,1%, n=9) como bom, e 34,8% (n=8), como muito bom. G1e imparcial - fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma e etc. foi avaliado por 47,8% (n=11) dos participantes como muito bom, e 26,1% (n=6) como bom.

E a avaliação geral de segurança do paciente no questionamento ‘Como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham potencial de afetar pacientes’, 56,5% (n=13) avaliaram como bom, e 21,7% (n=5) como razoável.

TABELA 12 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA VARIÁVEL (N=23)

Variáveis	Categorias das Variáveis						Total (100%)
	Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente	Informação Faltante	
G1a – Centrada no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.	0; (0%)	3; (13.1%)	13; (56.5%)	7; (30.4%)	0; (0%)	0; (0%)	23; (100%)
G1b – Efetivo: É baseado no conhecimento científico.	1; (4.3%)	2; (8.7%)	8; (34.8%)	11; (47.8%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)
G1c – Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	1; (4.4%)	4; (17.4%)	7; (30.4%)	9; (39.1%)	2; (8.7%)	0; (0%)	23; (100%)
G1e – Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc	0; (0%)	1; (4.4%)	6; (26.1%)	11; (47.8%)	5; (21.7%)	0; (0%)	23; (100%)
G2 – No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham potencial de afetar pacientes?	0; (0%)	5; (21.7%)	13; (56.5%)	4; (17.4%)	1; (4.4%)	0; (0%)	23; (100%)

Fonte: A autora (2018).

A seção I que abre espaço para comentários que o participante da pesquisa queira realizar sobre 'Segurança e qualidade da segurança assistencial no serviço em que você trabalha' foi preenchida por cinco profissionais. A transcrição das respostas encontra-se a seguir.

Fala H - "Acredito que é importante implantarmos protocolos e normativas para adequar e padronizar o atendimento nas unidades de saúde."

Fala K - *"Devido à falta de recursos humanos coordenadores assumem outros cargos e deixa de exercer suas funções com excelência."*

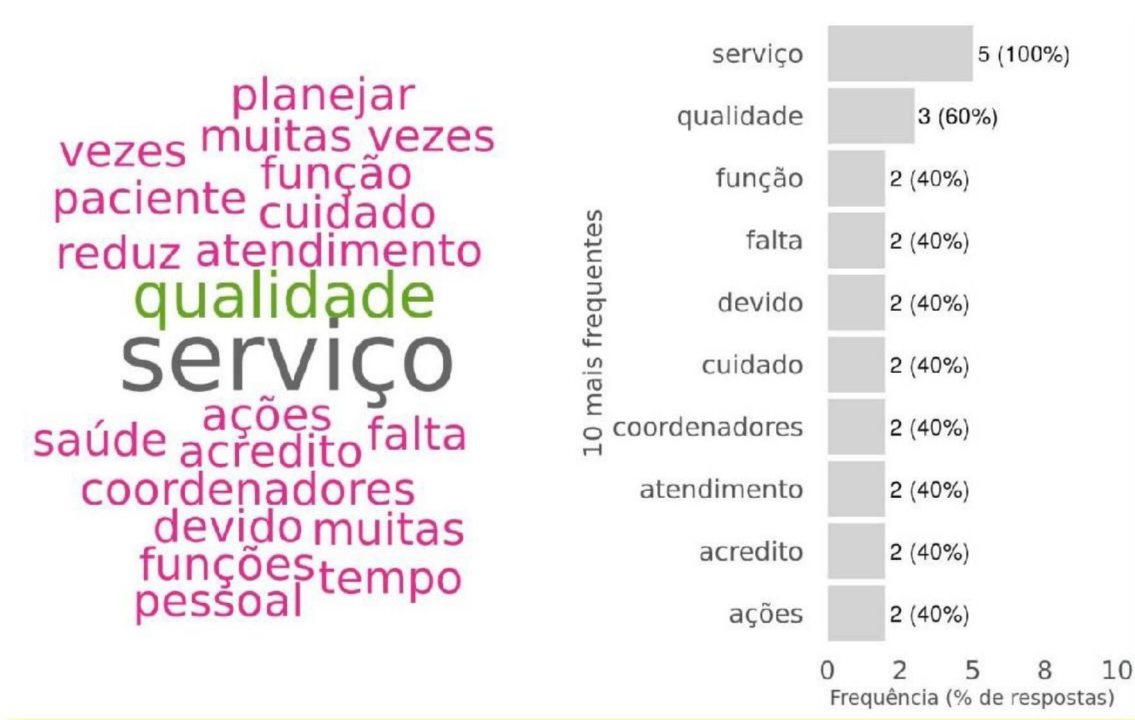
Fala O - *"Em função do desfalque de pessoal em setores como recepção, farmácia e alguns dias serviços gerais, as ações de planejamento e verificação de ações e/ou serviços ficam prejudicados- afetando o controle de atividades e rastreamento efetivo de erros."*

Fala T - *"Acredito que o número reduzido de quadro de pessoal prejudica na qualidade do atendimento. Devido ao acúmulo de serviço e de funções nos reduz o tempo de escutar por mais tempo queixas dos pacientes. Pois nós enfermeiros trabalhamos muitas vezes com desvios da nossa real função que é coordenar, supervisionar, gerenciar e planejar estratégias de assistências ao cuidado de qualidade em nosso serviço de saúde."*

Fala W - *"Muitas vezes, há falta de insumos básicos como papel toalha e sabonete líquido, fator que pode impactar significativamente na qualidade e segurança do serviço assistencial. Porém dentro das possibilidades como equipe fazemos sempre o possível para promover um cuidado limpo e seguro sem danos adicionais ao paciente."*

Após fazer o pré-processamento dos dados, obteve-se a seguinte nuvem de palavras, seguida da frequência da ocorrência de cada palavra via gráfico de barras:

FIGURA 2: NUVEM DE PALAVRAS SEÇÃO I



Fonte: A autora (2018).

4.1.3 FASE ANALÍTICA: COMPREENDER O PROBLEMA PASSÍVEL DE INTERVENÇÃO

4.1.4 Comparação entre as questões

A Tabela 13 demonstra a análise descritiva em relação às variáveis das questões, realizando uma comparação entre elas. Dentre as analisadas, observando a média, comparando as questões entre as seções, se destacam: A9, em que os exames laboratoriais não estavam disponíveis quando necessários, e A5, em que um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava de reparo ou substituição. Outra questão que se destacou negativamente foi a B2, que trata dos problemas relacionados com a troca de informações completas, precisas e pontuais com centros de imagens/ laboratórios da rede de atenção à saúde.

Também se destacou a questão C11, em que a quantidade de profissionais não é suficiente para atender a demanda, e a D4, em que a equipe tem receio de fazer

perguntas quando algo não parece correto. Ainda a questão D7, em que a equipe acredita que seus erros podem ser usados contra si. E na avaliação da questão F3, que diz que neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.

TABELA 13 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS PARA A VARIÁVEL SCORE EM RELAÇÃO A VARIÁVEL QUESTÕES

Questões	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Número de respondentes	Informação faltante
A2 – Se, no atendimento de um paciente, foi utilizado um prontuário/registro de outro.	5.55	0.6	6	4	6	22	0
A7 – Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	5.38	0.8	6	3	6	21	0
A4 – Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/ registro de outro paciente.	5.33	0.97	6	2	6	21	0
A1 – Paciente não conseguiu consulta em até 48h para caso sério/agudo.	5.32	0.99	6	3	6	22	0
F1 – Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	5.13	0.7	4.75	3.5	6	23	0
A10 - Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado ou avaliado	5.09	0.81	5	3	6	22	0
C5 - Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	4.98	0.92	4.75	3.5	6	22	0
D3 - Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	4.98	1.48	5.38	1	6	22	0
C2 – Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	4.91	1.02	4.75	2.25	6	23	0
D1 – Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	4.91	1.32	4.75	1	6	23	0
D9 – Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	4.91	0.57	4.75	3.5	6	23	0
F4.inv – É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	4.87	1.04	4.75	2.25	6	21	0
D2 – Neste serviço os pacientes a equipe é iniciativa a expressar outros pontos de vista.	4.86	1.19	4.75	2.25	6	23	0
D8 – A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	4.86	1.19	4.75	2.25	6	23	0
A6 – Paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	4.77	0.69	5	3	6	22	0
F3.inv – Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.	4.75	0.84	4.75	2.25	6	23	0
D11 – Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	4.7	1.22	4.75	2.25	6	23	0
D12 – Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	4.7	1.22	4.75	2.25	6	23	0
C1 – Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	4.69	1.12	4.75	2.25	6	22	0
D4.inv – Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	4.64	0.84	4.75	3.5	6	23	0

A3 - Prontuário ou registro de um paciente não estava disponível quando necessário.	4.59	1.14	5	2	6	22	0
F7 – Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.	4.58	1.04	4.75	1	6	22	0
D5 – Este serviço registra a maneira como os pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	4.52	1.26	4.75	2.25	6	22	0
C8.inv - Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	4.48	0.75	4.75	3.5	6	23	0
D6 – Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.	4.47	1.39	4.75	1	6	22	0
A5 – Equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	4.35	0.93	4	3	6	23	0
B2 – Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	4.35	1.15	4	2	6	23	0
B3 - Farmácias?	4.33	1.32	5	2	6	21	0
C13 - Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	4.32	1.23	4.75	2.25	6	23	0
F6.inv – Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	4.24	1.2	4.75	2.25	6	22	0
F5 – Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	4.18	1.14	4.75	2.25	6	22	0
B4 - Hospitais?	4.09	1.19	4	2	6	22	0
E2.inv – Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.	4.09	0.87	4.75	2.25	4.75	19	0
A8 – Exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	4.04	1.36	4	2	6	23	0
D7.inv – A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	4.01	1.57	4.75	1	6	22	0
F2 – Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	3.99	1.11	4.75	1	6	23	0
C7 – Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	3.93	1.23	4.75	1	6	23	0
E3 – Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.	3.89	0.94	3.5	2.25	4.75	19	0
C15 - A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	3.88	1.09	4.75	1	4.75	23	0
D10.inv – Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	3.88	0.96	3.5	2.25	6	23	0
C4 - Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	3.72	1.49	4.75	1	6	23	0
C9 - Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	3.66	1.09	3.5	2.25	4.75	23	0
A9 – Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	3.65	1.27	4	1	6	23	0

B1 Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde	3.61	1.16	4	2	6	23	0
C10.inv – Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	3.55	1.33	3.5	1	6	23	0
E4.inv – Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço não no que é melhor para os pacientes.	3.43	0.97	3.5	1	4.75	19	0
C12.inv - Neste serviço há problemas com fluxo de trabalho.	3.34	1.09	3.5	2.25	4.75	23	0
C3.inv - Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	2.85	1.35	2.25	1	6	23	0
E1.inv – Eles estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado.	2.81	1.15	2.25	1	4.75	18	0
C6.inv - Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	2.79	1.66	2.25	1	6	21	0
C14.inv - Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	2.58	1.26	2.25	1	4.75	23	0
C11 – Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	2.14	1.13	2.25	1	4.75	23	0

FONTE:A autora (2018).

4.1.5 Grupo focal

O grupo focal ocorreu em fevereiro de 2018 com a finalidade de apresentar a pesquisa, o resultado da etapa diagnóstica e definir a intervenção estratégica para a segurança do paciente na APS. De acordo com o roteiro apresentado na metodologia, no início foi apresentada a pesquisa com o tema, os objetivos e uma breve revisão de literatura com a descrição da linha do tempo.

No segundo momento, foi abordado o resultado da pesquisa com os dados mais relevantes e os que mais chamaram a atenção da pesquisadora. Foram apresentados os resultados através da explanação em *PowerPoint®* com gráficos das questões consideradas problemas. A cada momento permitiu-se a discussão do dado. Também foi apresentado o resultado do levantamento do perfil dos participantes da pesquisa e aberto espaço para discussão. O grupo concordou com os achados e, neste momento, não houve questionamento.

Dentre as questões discutidas, a A9, que avalia com que frequência os resultados de exames laboratoriais não estiveram disponíveis quando necessário, e 47,8% (11) disseram que isso aconteceu 1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses, os enfermeiros relataram que esse problema foi sanado com a mudança do laboratório que presta serviço para a atenção primária, mas que ainda permaneciam dificuldades com o resultado das radiografias. Aqui o que foi observado a respeito nas falas transcritas:

E1: "Eu posso falar, que eu tô vindo agora, melhorou bastante assim, a gente não tem problema com eles, tanto que a gente, eles não trazem mais os resultados, a gente imprime tudo com a internet, até porque fica muito resultado lá e os paciente não vem buscar, então melhorou bastante quanto a resultados."

E2 "É a gente até teve um reunião agora essa semana que até daí, a gente né, conversou com a secretária e já verificaram com a informática e IPM saúde, pra quem anotar no prontuário eletrônico ele já cai lá no nome do usuário porque assim, vocês não vão nem precisar, né FG1, aí essa questão da impressão seria só se o paciente tivesse necessidade, mas se não já tá lá, né, então também vai avançar nesse sentido, né."

E1 – "Então assim, até porque tipo assim você não tem só o telefone pra você entrar em contato com a maternidade, se você tem milhões de coisas pra resolver e você perde meia hora, quarenta minutos só tentando a ligação, daí quando você consegue, cinco minutos, eles aceitam, não é problema de aceitar, só que esse trâmite de até aceitar é bem trabalhoso."

A segunda questão discutida foi a A5, referente ao fato de um equipamento

necessário ao atendimento não ter funcionado adequadamente ou necessitar de reparo ou substituição. 39,1% (n=9) relataram que aconteceu 1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses, e 30,1% (n=7) referiram que aconteceu várias vezes nos últimos 12 meses. O grupo relatou a existência de equipamentos sucateados que precisam de substituição e outros para os quais não existe reserva para conserto, quando o equipamento vai para manutenção, a unidade fica sem. A gestão contra-argumentou que estão em processo de licitação aparelhos como os esfigmomanômetros, balanças entre outros. Conforme o transcrito:

E3- " Esfigmos péssimos, estetos péssimos.

E2- "Tudo isso é uma questão do material né, material é de baixa qualidade, estraga, vai pra manutenção, aí fica sem, não tem como substituir por causa do registro de preço. "

Na seção B, que trata da troca de informação com outras instituições, destacou-se que 47,8% (n=11) disseram que vivenciaram vários problemas nos últimos 12 meses com centro de imagens/laboratórios da rede de atenção à saúde. Quanto à situação relacionada com a seção A, alguns falaram que o problema já melhorou e outros disseram que foi solucionado com a troca de laboratório prestador. Os participantes ressaltaram as dificuldades de comunicação com a Maternidade, salientadas nessa fala:

E1- Então assim, até porque tipo assim você não tem só o telefone pra você entrar em contato com a maternidade, se você tem milhões de coisas pra resolver e você perde meia hora, quarenta minutos só tentando a ligação, daí quando você consegue, cinco minutos, eles aceitam, não é problema de aceitar, só que esse trâmite de até aceitar é bem trabalhoso.

E4-. " Então, mas só tem vaga pra maio, conforme tem gente, só que isso não pode existir. "

E2 - Como só pra maio? Não, agenda abriu agora e as pacientes vão ser todas marcadas.

E4- "Estava pra abril semana passada, agora é Maio parece. "

E1- "O dia que as meninas da APSUS foram lá, elas perguntaram pra mim como que estava a comunicação com a maternidade. Eu fui bem sincera, falei assim, comunicação, tipo assim, bem ruim né. Porque na conversa deles com o hospital, o hospital dizia assim, que eles às vezes não aceitam paciente porque não tem recurso, por exemplo o Rocio, pede que ligue antes que é pra encaminhar e tal, porque eles tem que estar preparados para receber uma

gestante que pode evoluir, precisar de uma uti neo, não sei o que. Daí eu falei está, mas eles são hospitais de alto risco e de referência, então eles têm que estar preparados a todo tempo, eles não são unidade de saúde, né? Você vai receber paciente de qualquer lugar.

Na seção C, que trata do tema “Trabalhando nesse serviço”, houve discordância na questão C11 que verifica se “Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de paciente”. 47,8% (n=11) discordaram. O Grupo ressaltou conforme a fala:

E3-” Tenta levar pro prefeito a tua, o teu trabalho”

A gestão justificou:

E2-” que com qualificação da atenção primária através do APSUS houve uma reestruturação, porém ainda faltam profissionais e que a prefeitura está no limite do índice prudente para contratação de novos funcionários, mas existe um planejamento para ampliação de equipes. ”

A questão C8 também evidenciou a ideia de que neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.

E7-”. No caso, a gente responde isso porque em várias ocasiões já foi extraviado vias que a gente manda, é, malote chega no dia exatamente da consulta, chega via aqui pra gente. ”

E10”. Chega já, é pra amanhã a consulta, vai chegar na hora de amanhã, é pra amanhã a consulta, é pra meio dia, uma hora, chega onze horas. ”

A desorganização citada pelos pesquisados está na comunicação com a central de marcação de consultas.

E5-“ é as referências, a gente manda pra ser marcado, fica no livro, daí eles marcam a consulta pro paciente e a gente tem que ficar refazendo a referência que eu mandei pro atendimento com especialista.

E3-”. Daí vem a consulta marcada, mas não vem a guia do médico junto.

E8- Outra questão também, é as referências, a gente manda pra ser marcado, fica no livro, daí eles marcam a consulta pro paciente e a gente tem que ficar refazendo a referência que eu mandei pro atendimento com especialista.

E4 - Porque geralmente, os nossos tão fazendo a segunda via agora, né, tá dando certo assim, né, mas é esse problema de sumir guia ainda, né de a gente manda...

E13" - Não, mamografia, mas eu tô dizendo, com a referência não volta pra unidade, eles ligam pro paciente, o paciente vai lá atrás da referência, não está lá porque fica com eles.

A gestão escutou atentamente e se comprometeu a ver um contato telefônico para que a unidade possa estabelecer uma comunicação com a central e melhorar os fluxos.

Na seção D, que avalia comunicação e acompanhamento, sobressaiu a D7, em que a equipe acredita que erros possam ser usados contra si, e 39,1% (n=9) acreditam que quase sempre. Esse dado foi discutido pela pesquisadora por ser reflexo de uma cultura punitiva, e esta acredita ser necessária uma mudança na cultura de segurança nesse sentido. E outro dado que apareceu foi na D4, em que as pessoas referiram que 'Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto'. 56,5% (n=13) disseram que quase sempre.

Já na discussão da seção E, sobre apoio de gestores/administradores/líderes, no item E2 os participantes concordam que os gestores ignoram erros que se repetem no cuidado do paciente. Neste momento, o grupo não teceu nenhum comentário.

A seção F, sobre seu serviço de saúde, foi aberta discussão para entender os motivos pelos quais neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveriam. Foi colocado, pelos entrevistados, que ocorre extravio de guias de referência e contra referência para a central de especialidades, e que isso prejudica o acesso e a integralidade do cuidado.

Outro fator foi a falta de um contato adequado por telefone com a central para evitar que se envie o paciente para ver como está o encaminhamento. Outro problema é que quando o paciente vai verificar como está o agendamento da consulta, a central informa que a unidade não fez o encaminhamento, colocando, dessa forma, o usuário contra a equipe. A gestão ouviu atentamente e se comprometeu a obter um contato telefônico para que a unidade estabeleça uma comunicação adequada com a central e melhore os fluxos.

A seção G, que trata da avaliação global de qualidade, classifica os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham potencial de afetar pacientes. 56,5% (n=13) participantes consideraram bom.

E a seção H trata sobre a prática profissional. 100% (23) são enfermeiros e trabalham 40 horas semanais, 26,1% trabalham nesse serviço num período entre 6 e

11anos, e 82,6% (19) declararam-se enfermeiros e 17,4% (4) declaram-se enfermeiros/gerentes.

Na segunda parte da reunião foi realizado um resumo dos resultados e solicitado que os participantes sugerissem uma ação estratégica para segurança do paciente na APS. Os principais problemas levantados pela avaliação da cultura de segurança foram indisponibilidade dos exames laboratoriais quando necessários, o não funcionamento adequado de um equipamento necessário ao atendimento, ou que este precise de reparo ou substituição, e problemas relacionados com troca de informações completas, precisas e pontuais com centros de imagem e/ou laboratórios da rede de atenção à saúde.

Possíveis intervenções foram definidas durante a reunião. Protocolo de segurança do paciente para atenção primária, plano de ação para problemas identificados na pesquisa, ficha de notificação de eventos.

Então após esse breve resumo, foi aberto espaço para a discussão.

E2 - "poderíamos fazer um protocolo e no protocolo incluir a questão da ficha de notificação desses eventos. "

E2- -Porque depois uma hora vamos precisar desenvolver esse material.

Sobre a ficha de notificação.

E2-O bom é que discutimos aqui e fica aqui não tem um levantamento e tal>

E6-E teria como quantificar o dado.

E8-E de acordo com essas informações pode melhorar o serviço porque vai ter como quantificar. Estar documentado.

E no final da reunião a gestão pontuou sobre a importância do trabalho da pesquisadora.

E2-O trabalho que a pesquisadora está desenvolvendo vai ser muito, muito, muito útil para o município e aplicação dele também para avançar nessas questões...

Após fazer o pré-processamento dos dados do texto do grupo focal, obteve-se a seguinte nuvem de palavras, seguida da frequência da ocorrência de cada palavra via gráfico de barras.

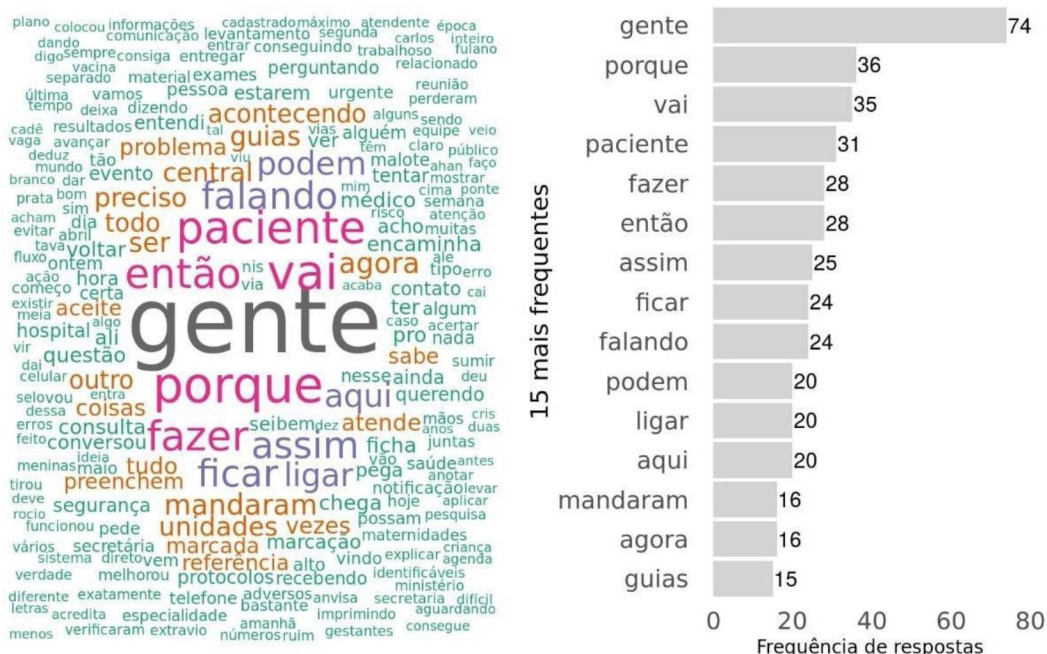


FIGURA 3 – NUVEM DE PALAVRAS DO GRUPO FOCAL

FONTE: A autora (2018).

4.2 ETAPA OPERACIONAL

A etapa operacional tratou da elaboração da ficha de notificação, pela autora e aprovada pela gestão e pelos enfermeiros, no dia 12 de julho de 2018.

A ficha desenvolvida contém a definição de eventos adversos/incidentes relacionados à assistência à saúde, tendo como itens relevantes a idade do paciente, o tipo de evento/acidente, ou seja, se a falha está nas atividades administrativas, em procedimentos, durante a assistência, em falha no laboratório ou queda.

Quanto ao grau do dano, classifica se foi sem dano, leve, moderado, grave ou óbito, o que vai ajudar na classificação, pelos profissionais. Sobre a fase da assistência em que aconteceu, se foi na recepção, na triagem, na consulta, no pós-consulta, em procedimento de enfermagem ou na transferência. Esse dado vai auxiliar na prevenção de novos incidentes, pois sabendo-se em que fase estes acontecem, pode-se atuar mais assertivamente nos processos de melhoria.

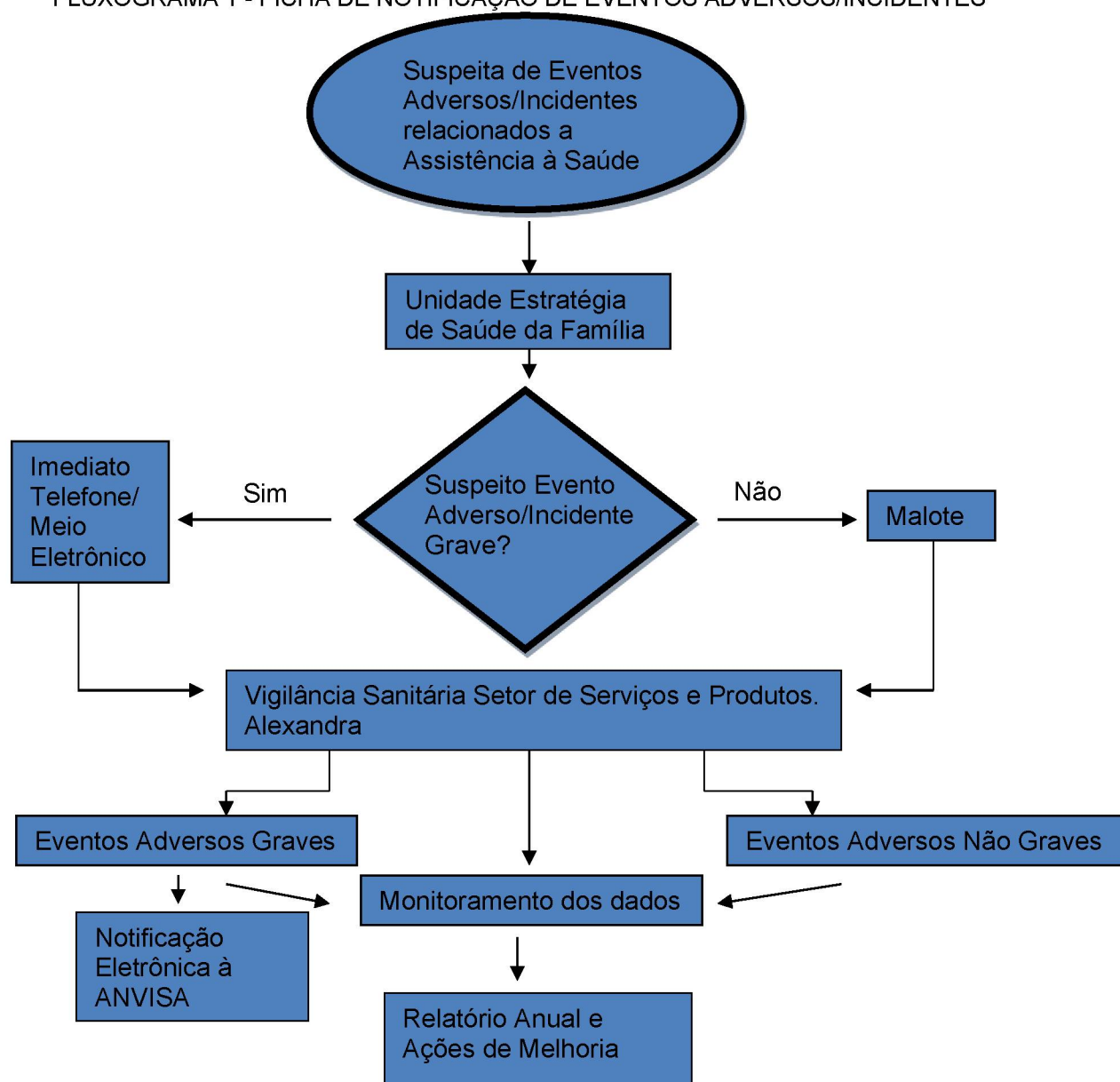
A data em que aconteceu é importante porque ajuda a avaliar o processo de notificação e auxilia no tratamento do dano. E os fatores contribuintes para o dano/incidente possuem espaço para que o notificante possa expressar sua visão sobre o acontecido. E ações de melhoria, se ocorreram.

Como para APS a notificação ainda é uma ação nova, a ficha fica sujeita a modificações conforme adesão do instrumento pelos profissionais. O instrumento foi distribuído para todas as unidades da atenção primária do município.

E para melhor visualização do percurso da ficha de notificação foi elaborado um fluxograma. Pois Fluxogramas possibilitam uma visão nítida sobre os fluxos em curso no momento da produção da assistência à saúde e contribuem positivamente com o processo administrativo-organizacional (NASCIMENTO, 2013; SILVA et al, 2012).

Os fluxogramas, também conhecidos como diagrama de blocos, empregam formas geométricas para indicar a sequência dos passos e decisões a serem executadas para a resolução dos problemas. Eles são constituídos por caixas e setas que indicam o fluxo das ações e devem ser construídos respeitando os padrões das formas geométricas (TEIXEIRA; SILVA; MUNIZ, 2013). Neste estudo, o fluxograma teve como foco o encaminhamento da ficha de notificação da Estratégia de Saúde da Família para Vigilância em Saúde do município.

FLUXOGRAMA 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS/INCIDENTES



Eventos adversos/incidentes relacionados a assistência à saúde: eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado ou resultar em dano desnecessário à saúde.

Nome: _____ Sexo: () M () F () não declarado

Idade: _____ anos Data de Nascimento: ____/____/____

Data do Atendimento: / /

Falha nas atividades administrativas ()	Falha durante a assistência à saúde ()
--	---

Falha no procedimento () paciente ()	Falha em laboratórios()	Queda
---	--------------------------	-------

Outro:

Sem danos ()	Leve()	Moderado()	Grave()	Óbito ()
---------------	---------	-------------	----------	-----------

Recepção ()	Triagem()	Consulta ()	Pós-consulta ()
--------------	------------	--------------	------------------

Procedimento de enfermagem() Na Transferência ()

Outros:

Data do Evento/incidente: / /

Fatores contribuintes para o dano/incidente:

Ações de melhoria:

Unidade de Saúde:

Responsável pelo preenchimento: _____

5 DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a análise e a interpretação dos resultados obtidos da aplicação do instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), procurando confrontar com a literatura e analisar e discutir as ações propostas pelo grupo focal.

5.1. ETAPA DIAGNÓSTICA

Na seção H, referente à faixa etária dos participantes, em que o resultado foi que 52,17% (n=12) dos participantes estão entre 30 e 40 anos, observa-se semelhança com a pesquisa de Perfil de Enfermagem no Brasil, de 2013, na qual o maior número de enfermeiros encontra-se na faixa etária de 26-40 anos (59,5%) (COFEN, 2013).

Quanto ao tempo de formação, na pesquisa 47,8% (n=11) estão formados há mais de 10 anos, e estudo semelhante, que aborda equipe de enfermagem, apresenta resultado em que 55% dos participantes apresentam tempo de formado entre 1 e 10 anos (SILVA-BATALHA, 2015).

A maioria dos enfermeiros, 56,52%(n=13) declarou ter um ou mais cursos de pós-graduação, resultado que diverge da pesquisa Perfil de Enfermagem (COFEN, 2013) em que 80,1% informaram ter pós-graduação.

Na seção A, que avalia a segurança do paciente e a qualidade, ressalta-se a questão A5, em que um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava de reparo ou substituição. Das respostas, 39,1% relataram que aconteceu 1 ou 2 vezes nos últimos doze meses. Ribeiro e Mancebo (2013) justificam que as organizações públicas estão inseridas em um contexto cercado de limitações e restrições orçamentárias, ausência de condições adequadas para o trabalho e recursos materiais e humanos insuficientes.

Para Lorenzetti, Vandresen e Gelbcke (2015), os recursos materiais são instrumentos de trabalho fundamentais para ação de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas.

Ressalta-se que a estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e materiais, com recursos necessários para execução de ações em

saúde e em correspondência quantitativa ao contingente populacional adscrito e suas especificidades, é de fundamental importância para a organização do processo de trabalho e atenção à saúde dos usuários, a fim de se oferecer assistência de melhor qualidade (BRASIL, 2013).

Tavares et al. (2014) ressaltam que a manutenção e instalação de equipamentos, assim como a formação adequada dos profissionais que os manuseia são aspectos importantes para segurança do paciente.

Paredes et al. (2017) reitera que garantir a infraestrutura necessária ao atendimento nas unidades de saúde é um desafio que o Brasil, único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde universal, integral e gratuito, está enfrentando.

Moreira et al. (2017) ressaltam que as inadequações das unidades de saúde prejudicam o desenvolvimento das ações na APS, a qualidade do cuidado e geram insatisfações nos profissionais e nos usuários. E limitam o potencial dos serviços para consolidação da ESF, na perspectiva da reorganização de práticas centradas na tríade indivíduo-família-comunidade e na qualidade da atenção à saúde.

Ainda nessa seção, 47,8% (n=11) participantes, na questão A9, relataram que os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário. De acordo com Marchon e Mendes (2014), os fatores elencados foram descritos como falhas do cuidado (34%), e entre outros, a demora na realização do diagnóstico; demora na obtenção de informações e interpretação dos achados laboratoriais.

E na questão A8, em que os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário, 39,1% (n=9) concordaram, reforçando a indisponibilidade dos resultados quando necessário.

De acordo com Schcolnik (2014) muitas decisões clínicas que ocorrem durante o processo de assistência à saúde são tomadas com base em informações contidas em resultados de exames laboratoriais. Por isso, essa avaliação é importante para a segurança do diagnóstico clínico.

Na seção B, que avalia a troca de informações com outras instituições, referiram que dificuldades com centros de imagens e laboratórios da rede de atenção à saúde 47,8% (n=11) aconteceram várias vezes nos últimos doze

meses. Em estudos semelhantes, em 19% dos registros, havia falhas de comunicação entre os serviços de saúde da rede de atenção.

Marchon e Mendes (2014) afirmam que dentre os fatores de gestão que comprometem a qualidade dos serviços prestados aos pacientes na APS, estão: falta de insumos médico-cirúrgicos e de medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em prontuários, falhas na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos, excesso de tarefas, não acesso a computadores e internet.

Algumas estratégias são sugeridas pelo Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2010) como implantação de sistema de referência e contrarreferência, sistemas normatizados de regulação de consulta e exames, criação de mecanismos para que o paciente trafegue na rede na lógica da linha de cuidados e no programa de humanização.

Barcellos (2014) relata que a fragmentação do cuidado é tida por muitos especialistas em segurança do paciente, como um dos grandes desafios ou problemas da atualidade. Afirma, ainda, que na saúde, o resultado de uma fragmentação necessária gera grande vulnerabilidade aos erros de comunicação nas transferências de pacientes ou nas trocas de informações.

Andrade et al. (2013) apontam para a importância da integralidade e da intersetorialidade e referem lacunas nas relações de parceria entre os profissionais da rede de serviços.

Já na seção C, intitulada 'Trabalhando neste serviço de saúde', a questão referente à quantidade de profissionais da equipe ser suficiente para atender o número de pacientes, C11, 47,8% (n=10) discordaram. E a C14, 'Que neste serviço há maior número de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente', 47,8% (n=11) concordaram.

O gerenciamento e gestão do serviço, déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, relacionamento entre equipes, falha na comunicação e baixa continuidade da atenção prestada aos pacientes têm prejudicado a assistência nas instituições de saúde brasileiras (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI; 2013).

Ainda Novaretti et al. (2014), em pesquisa realizada em hospitais públicos brasileiros, detectaram que aproximadamente 78% dos incidentes sem lesão e eventos adversos em pacientes foram relacionados à assistência da enfermagem,

sendo atribuídos à sobrecarga de trabalho o aumento do risco de mortalidade dos pacientes.

A Gestão de Pessoas tem sido apresentada como a responsável pela excelência de organizações bem-sucedidas e aporte de capital intelectual que representa, mais do que tudo, a importância do fator humano em plena era da informação (LEILA, 2002).

Todavia, a responsabilidade dos gestores de serviços de enfermagem em assegurar a qualidade assistencial aos clientes e as condições de trabalho aos profissionais de sua equipe têm sido inibidas tanto pela deficiência numérica dos funcionários quanto pela composição deficitária da equipe. Assim, essa dificuldade, compartilhada pela classe de enfermeiros do mundo todo, impulsiona o empreendimento de esforços no sentido de desenvolver e apoiar medidas que auxiliem os administradores das instituições de saúde, os órgãos não governamentais e a própria sociedade a compreender o significado que envolve o quadro de profissionais da enfermagem (SOARES et al., 2011).

Importante destacar que Félix *et al.* (2009) referem que a sobrecarga de trabalho, o quadro insuficiente de pessoal e os fatores inerentes ao gerenciamento da instituição, refletem comumente na forma de agir dos enfermeiros, que adotam ações mecanizadas, repetitivas e restritamente burocráticas, pouco atentando à característica individual do paciente.

Vale ressaltar que uma equipe sobrecarregada, mesmo motivada, vai gerar uma queda de produção, de qualidade e de implicações negativas para a instituição, assim como colocar em questão o descontentamento do cliente que será atendido por um profissional insatisfeito e cansado (OLIVEIRA; PAIVA, 2011).

A questão C8 trata de 'Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável' e 39, % (n=9) concordaram, trazendo o tema para reflexão, de acordo com PINA, FERREIRA E UVA (2014) que ressaltam que as organizações do trabalho são importantes para segurança do paciente.

Na seção D4, que ressalta a comunicação e acompanhamento, sobressaiu da avaliação que neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto', (56,5% 9 (n=13)) e a D7 em que a equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si. Nota-se que existe a cultura punitiva frente aos erros e é, ainda, uma fragilidade nas instituições de saúde de acordo com Cruz et al. (2018).

Reforça Tomazini et al. (2015) que a persistência da cultura de culpabilização dos indivíduos, em que os erros são vistos como consequências pessoais e decorrentes de falta de competência ou atenção, prolifera de forma a não avançar para uma cultura de segurança e que o ideal seria analisar os erros por meio de um conjunto de falhas sequenciais existentes no sistema de saúde, e não por fator isolado, como descuido do profissional.

Reis (2014) reforça que o desenvolvimento da cultura de segurança apresenta-se como elemento central de muitos esforços na busca da segurança do paciente e da qualidade do cuidado de saúde prestado.

A seção E avalia o apoio de Gestores/ Administradores/ Líderes em que 47,4% (n=9) concordaram que os gestores ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.

Mello e Sayonara (2013) afirmam que a gerência comprometida com a segurança do paciente oportuniza, à instituição e aos profissionais, um ambiente adequado ao trabalho, seja através do provimento de recursos materiais e humanos, qualificação de seus trabalhadores ou compreensão das lacunas que causam a redução na qualidade do cuidado.

Souza et al. (2015) ressaltam que para que seja possível prover um ambiente colaborativo em prol da segurança do paciente, o estabelecimento de linhas de comunicação efetiva e o apoio dos gestores podem se apresentar como estratégias adequadas.

A compreensão da realidade organizacional é fundamental, tanto nos seus elementos formais - tais como organogramas, regulamentos, manuais de técnicas e procedimentos, entre outros - como nos informais, que não são visualizados por meio de documentos e outras formas concretas, e dentre estes estão a cultura e o poder. (KURCGANT; MASSAROLLO, 2012).

Compreender o conceito de cultura na organização e suas diferenças contribui para entender e justificar os diferentes comportamentos na vida organizacional, ao se deparar com a resistência à mudança, problemas de comunicação, conflitos interpessoais relacionados aos próprios gerentes, bem como aos seus subordinados. Esses aspectos, que diferem tanto entre organizações e dentre seus grupos, também levam ao entendimento mais profundo da dificuldade de mudar fenômenos evidenciados (SCHEIN, 2009; KURCGANT; MASSAROLLO, 2012).

Peduzzi et al. (2011) apontam que a promoção da mudança da cultura

institucional é utilizada como instrumento para fomentar o trabalho em equipe, pois nas situações cotidianas do trabalho, os seus membros expressam as crenças, valores, tradições e prévias interpretações.

A seção F, Seu Serviço de Saúde, tem a questão F4, “É por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes”, e 43,5% (n=10) concordaram. E na questão F3, ‘Acontecem erros com mais frequência do que deveria’ 69,6% (n=16) também concordaram.

De acordo com Marchon, Mendes Junior e Pavão (2014), o fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais destaca-se como um importante fator condicionador do desenvolvimento institucional de estratégias para melhoria da qualidade e da redução de incidentes na atenção primária a saúde. Afirmam, ainda, que muitos profissionais e instituições de saúde que julgavam prestar cuidado em saúde com qualidade conheceram, mais recentemente, os riscos de incidentes a que os pacientes estão expostos.

E a seção G, que é a avaliação global da qualidade, questiona como classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham potencial de afetar pacientes. 56,5% (n=13) afirmaram ser bom. Para Silva et al. (2016) as instituições de saúde brasileiras vêm enfrentando falta de planejamento em saúde, processos de trabalhos hierarquizados e punitivos; alta rotatividade de profissionais e baixa qualidade de recursos humanos, problemas com equipamentos e falhas da estrutura física.

Cruz et al. (2018) em um estudo avaliando a cultura de segurança em uma unidade cirúrgica, diz que paradoxalmente, os participantes consideram a segurança do paciente na instituição como muito boa e reconhecem seu papel ativo, e dos supervisores, na construção desse importante indicador da qualidade assistencial.

5.2 ETAPA ANALÍTICA

O grupo focal teve como contribuição a oportunidade de discussão dos problemas apresentados na avaliação da cultura de segurança que foram: problemas relacionados à troca de informações e pontuais com centros de imagens/ laboratoriais da rede de atenção à saúde; que a quantidade de profissionais não é suficiente para atender a demanda, que a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto; a equipe acredita que seus erros podem ser usados contra si e neste

serviço acontecem erros com mais frequência que deveria.

Silva et al. (2013) definem o grupo focal como uma técnica de investigação da pesquisa qualitativa que busca compreender atitudes e opiniões dos participantes em relação à temática da pesquisa, favorece a integração do grupo. Permite que o pesquisador conheça a percepção dos participantes da pesquisa. E os resultados são obtidos das falas provenientes dos relatos do grupo. Dessa forma optou-se por essa metodologia de investigação.

E tal técnica favorece o envolvimento dos participantes num momento ímpar para contextualizar, refletir e analisar sobre o que se procura investigar, num processo interativo que gera diferentes pontos de vista, juízos, críticas e propostas, advindas das discussões orientadas (SOARES, CARMELO, RESCK, 2016). Ressaltando que foi um importante espaço de discussão e negociação dos entes pesquisados com a gestão.

Ainda o grupo focal pode ser utilizado pelo enfermeiro junto à sua equipe para facilitar a discussão e resolução de problemas, visando alcançar os objetivos profissionais e organizacionais (SOARES, CARMELO, RESCK, 2016). Também foi um momento de reorganização de processos que apresentam fragilidades como a falta de comunicação com a central de marcação de consultas, e com outras instituições.

Dentre as discussões foi observado o receio de falar quando algo não lhe parece correto, reforçando uma cultura punitiva. Novaretti et al (2014) ressaltam que a ocorrência de erros deve ser interpretada como falhas ou não conformidades decorrentes de irregularidades dos sistemas técnicos complexos e organizacionais relacionados à atenção à saúde, e não como resultados isolados de ações profissionais.

Silva-Santos et al. (2018) referem que a precarização do trabalho da enfermagem é a causa raiz para produção de erros no trabalho. E a cultura do medo nas organizações de saúde e sua consequência diante do erro: com a abordagem individual e punitiva do profissional de enfermagem, desconsiderando o contexto, as condições de trabalho e a responsabilização da organização de saúde.

Wegner et al. (2016) destacam que a implantação de uma cultura de segurança perpassa várias instâncias de uma instituição e requer envolvimento e compromisso desde a administração central até os serviços de apoio. Complementam que o amadurecimento dessa visão sistêmica e processual é um dos desafios para

construção dessa cultura nos cenários de cuidado à saúde.

Para tanto, os treinamentos por meio de palestras, cursos e aulas teóricas são possibilidades educativas sugeridas pelos participantes da pesquisa para apresentar a temática da segurança do paciente (WEGNER, et al., 2016).

Crozeta (2017) enfatiza que instituir a segurança do paciente como parte da cultura organizacional impacta no gerenciamento de riscos, no comportamento ético das equipes em assumirem práticas seguras para si e para clientela, bem como no favorecimento da qualidade do serviço.

Carvalho e Cassiani (2012) mencionam que os principais fatores relacionados à adoção de atitudes seguras e a diminuição de eventos adversos são: comportamentos de gerência frente às questões de segurança, presença de políticas de prevenção de riscos e a pressão no ambiente de trabalho.

A complexidade inerente ao processo de cuidar implica em diversos fatores os quais podem resultar em danos ao paciente e devem ser identificados na perspectiva de qualificar a assistência, bem como da satisfação dos profissionais de saúde (GOLLE; CIOTTI; HERR et al, 2018)

Os problemas que não são passíveis de intervenção não foram considerados, por fazerem parte da estrutura organizacional e estarem na ordem da gestão, trazem questões culturais antigas que torna uma intervenção que não é possível correção em curto prazo.

O Ministério da Saúde tem protocolos estabelecidos voltados para atenção hospitalar, os quais não contemplam as especificidades da Atenção primária à Saúde. Como a construção de protocolos envolve um tempo maior, essa necessidade será repassada à gestão do município para análise de viabilidade.

Então, de acordo com o grupo e que fosse possível de cumprir os prazos de elaboração do produto foi solicitada a confecção da ficha de notificação de eventos adversos para produção da informação que embasará a ação, a qual se configurou como produto desse trabalho.

5.3 ETAPA OPERACIONAL

A ficha de notificação de eventos adversos/ incidentes de acordo com a nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº01/2015 é um dado importante para produzir

informação e conhecimento, gerando uma ação que atenda as expectativas dos participantes da pesquisa. A notificação é apenas o início do processo de vigilância e monitoramento dos eventos adversos.

A notificação tem o propósito de tornar a situação conhecida pelos gestores, e assim serem estabelecidas medidas de melhorias, como também permitir o aprendizado entre os profissionais a partir das falhas encontradas. A circunstância notificável consiste em comunicar situações em que houve grande probabilidade de ocorrer um dano ao paciente, mas o incidente não ocorreu. Também devem ser notificadas situações em que o incidente ocorre, mas não alcança o paciente, devido sua interceptação, como também os incidentes que atingem o paciente, mas que não causam danos, e aqueles que causam danos (WHO,2009a).

Também é importante a utilização de boletins de notificação de eventos adversos e incidentes, pois proporcionam à enfermagem um meio de comunicação prático a respeito de fatos inesperados e indesejados, possibilitam a exploração das situações e a construção de um banco de dados sobre os riscos e situações-problema; e permitem a execução das modificações necessárias ou oportunas no processo da assistência. Contribuem, ainda, com a gerência para o planejamento de processos de trabalho mais seguros, permitindo a prevenção de futuros eventos adversos (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Para Moreira *et al.* (2018), o processo de melhoria da qualidade da assistência é dinâmico e contínuo. A adoção das notificações para evidenciar os eventos adversos proporcionou o conhecimento de vários incidentes que estavam subnotificados, não se limitando apenas às metas de segurança do paciente. Para os autores, a ação mostrou-se um canal efetivo de comunicação adotado pelos trabalhadores, ressaltando atitudes que precisam ser corrigidas e melhoradas no cotidiano.

A cultura de segurança do paciente está relacionada às informações relatadas sobre incidentes que ocorrem na assistência, no sentido de que, a partir desses relatos, sejam elaboradas estratégias e tomadas providências, a fim de evitar a ocorrência de novos casos. Para isso, torna-se imprescindível a implementação de sistemas efetivos de notificações na saúde (CAPUCHO, 2012).

Neste sentido, uma estratégia de identificação de problemas adotada por diversos países em prol da segurança do paciente é o sistema de notificação de incidentes, que consiste na informação de eventos adversos ocorridos e que deveriam passar por uma análise profunda das suas causas ou ter atenção prioritária do sistema

de saúde (LEVINSON, 2012).

Wachter (2013) sugere que as notificações voluntárias possam ser a base para um programa de segurança do paciente, uma vez que estas dispõem de informações relevantes acerca da estrutura, processo e resultados em saúde, facilitando a identificação de riscos e incidentes que interferem na segurança do paciente.

Para se encaminhar estas notificações, diferentes meios podem ser utilizados, como formulários impressos, via telefone, via fax, intranet ou internet. É importante que o instrumento de notificação seja de fácil preenchimento, com informações claras e espaço para que o incidente seja descrito com as devidas observações, sendo, portanto, de livre preenchimento (CAPUCHO, 2012).

Para Capucho e Cassiani (2013), a notificação voluntária não deve ser utilizada somente para se obter dados estatísticos, mas também como uma oportunidade de melhoria dos processos assistenciais. Ainda para estas autoras, a implantação do sistema informatizado de notificações sobre incidentes na saúde, como base para a cultura de segurança do paciente, parece ser uma estratégia viável e necessária para a melhoria da qualidade da assistência. A partir destes, os gestores poderão conhecer os incidentes que ocorrem, de forma sistematizada e, desse modo, poderão adotar estratégias de gestão de riscos para a segurança do paciente, ampliando a qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

O sistema de notificação de incidentes é apontado tanto na literatura quanto pelas autoridades (BRASIL, 2011) como um mecanismo com capacidade de atuar para correção rápida dos incidentes detectados e deve ser introduzido como procedimento de rotina dos profissionais, visando uma cultura mais segura (MARCHON; 2015).

Então a ficha de notificação pode ser considerada uma ação estratégica para segurança do paciente no município que iniciará um processo de vigilância e monitoramento, produzindo informação para realização de processos de trabalhos mais seguros.

6 CONSIDERAÇÕES

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros que atuam na APS, identificar problemas passíveis de intervenção para segurança do paciente e a elaboração de estratégias para segurança do paciente, a partir dos problemas levantados pela aplicação do instrumento MOSPSC.

Os principais problemas levantados na avaliação da cultura de segurança do paciente, através do instrumento MOSPSC, pelos enfermeiros da APS foram: ausência de exames laboratoriais quando necessários; um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava de reparo ou substituição; problemas relacionados à troca de informações pontuais com centros de imagens/laboratoriais da rede de atenção à saúde; quantidade de profissionais não é suficiente para atender a demanda, equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto; equipe acredita que seus erros podem ser usados contra si, e ocorrência de erros com mais frequência do que deveria.

Esses problemas refletiram a fragilidade do sistema de segurança, no momento pontual em que foi aplicado o instrumento, demonstrando que a avaliação é efetiva para planejar ações de melhoria dos processos para uma assistência mais segura.

A avaliação global da segurança foi considerada como boa, mas muitos dos problemas levantados pela avaliação da cultura de segurança são parte da estrutura organizacional e estão ligados à gestão, sendo necessário mais tempo para uma intervenção efetiva e que promova segurança.

A cultura de segurança precisa ser desenvolvida nas instituições de saúde do país, pois existe urgência em qualificar a assistência prestada à população de forma a minimizar possíveis erros decorrentes dos atendimentos ofertados nos mais diversos cenários da saúde.

E a avaliação da cultura de segurança pode ser uma ferramenta gerencial que permita reconhecer e avaliar ações de melhoria, auxiliando na organização do processo de trabalho em saúde.

Dessa forma, em conjunto com os participantes da pesquisa no grupo focal se definiu como ação estratégica importante para segurança do paciente a elaboração de uma ficha de notificação de eventos adversos relacionados à assistência na APS do município, para identificação de incidentes e formas de preveni-los.

A ficha de notificação foi elaborada e apresentada para os enfermeiros como uma ferramenta que promoverá o levantamento dos danos/incidentes decorrentes da assistência, e conseqüentemente, para gerar informação que subsidie ações de prevenção. O instrumento demonstrou ser aplicável e está em fase de validação pela gestão e pelos enfermeiros.

Observa-se, porém, que a ficha não resolverá os problemas relacionados à segurança do paciente. No entanto, é um importante passo para a promoção de uma cultura de segurança no município.

O presente estudo teve impacto social por ter poucos estudos sobre o tema nesse segmento, impacto na educação por ampliar os conhecimentos dos profissionais que participaram da pesquisa, impacto para gestão por ter construído uma ferramenta de informação e futuramente poderá produzir um impacto de avaliação da aplicação da ficha de notificação.

Esse trabalho teve como limitação a avaliação da cultura de segurança ter sido realizada com apenas uma categoria profissional. Porém, a escolha do enfermeiro foi para ressaltar a importância desse profissional na temática.

Recomenda-se que mais pesquisas possam ser desenvolvidas no âmbito da APS sobre segurança do paciente, pois nota-se que nesse cenário existe um vasto campo a ser explorado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D. *et al.* Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança. Rio de Janeiro, **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 772-80, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0772.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

ARRUDA-BARBOSA, L.; DANTAS, T. M.; OLIVEIRA, C. C. Estratégia saúde da família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 347-354, 2011. Disponível em: <<<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2092>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BACKES, D. S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analis_e_dados_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary heal care context: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2016; 24: e 2721.. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

BARCELLOS, G. B. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, 2014. v. 2. p.139-158.

BEARD, T. C.; REDMOND, S. Declaration of ALMA-ATA. **The Lancet**, v. 313, n. 8109, p. 217-218, 1979. Disponível em: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf>. Acesso em: 05 jun.2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente. GVIMS/GGTES/ANVISA Nº01/2015. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015>>. Acesso em: jun. 2018.

_____. Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de

Vigilância Sanitária. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Publicada em **DOU nº 143**, de 26 de julho de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63**, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, 2005a. Acesso em: jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, 2006. Acesso em: jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654**, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde (c). **Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conass-informa-b-192-publicada-portaria-gm-n-2436-que-politica-nacional-de-atencao-basica-estabelecendo-revisao-de-diretrizes-para-organizacao-da-atencao-basica-no-ambito-do-sist/>>. Acesso em: 02 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488**, de 21 de

outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 1jun.2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 02 jun.2017.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool- PCATool- Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf>. Acesso em: jun.2017.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2010. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 20 mai.2018.

_____. Ministério da Saúde. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 02 jun.2017.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você - acesso e qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: mai.2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>>. Acesso em: 02 jul 2017.

_____. Resolução nº 466/2012/CNS/MS/CONEP. **Diário Oficial da União**, v. 12, p. 59, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 mar 2017.

BROWN, C *et al.* An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualising and developing interventions. **Qual. Saf. Health Care**. v. 17, n.3, p.158-62, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519620>>. Acesso em: jun. de 2017.

CAPUCHO, H. C. **Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde como base para a cultura de segurança do paciente**. 2012. 174f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15082012-132458/pt-br.php>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

_____; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 164-72, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n1/21.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. maio-jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf> Acesso em: out. 2018.

CAUDURO, F. L. F. *et al.* Safety culture among surgical center professional. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n.1, p.128- 37, jan/mar, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36645/24860>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

COFEN, 2013 **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2018.

CROZETA, K. Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para melhoria do cuidado. **Projeto de Pesquisa Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Mestrado Profissional-UFPR**. Curitiba:2017.

CRUZ, E.D. A. *et al.* Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1: e50717, 2018.
Disponível: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50717>>. Acesso: 22 jan. 2018.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

_____. **The definition of quality and approaches to its assessment**. 2008 (MI): Health Administration Press, 1980.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n.1, p.144-54, 2015.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>>. Acesso: 20 mai. 2017.

FELIX, N. N. *et al.* Desafios encontrados na realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em unidade de pronto-atendimento. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. São Paulo, v.16, n. 4, p.155-160, out./dez. 2009. <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-4/IDK2_out-dez_2010.pdf>. Acessado em: 16 jun. 2018.

FRENK, J. **Bridging the divide comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi: Comissão on Social Determinants of Health, 2006.

GAWANDE, A. **Complications: a surgeon's notes on an imperfect science**. London: Profile Books, 2002.

GIL, A.C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo. Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 20 jul.2017.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012

GOLLE, L.; *et al.* Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Rev Fund Care**, v. 10, n. 1, p. 85-89. 2010.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809- 819, abr. 2008. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csp/2008.v24n4/809-819/pt>>. Acesso em: 03 mai.2017.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.11, n. 1, p.188-193, 2009. Disponível em: < <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a24.pdf> >. Acesso em:02 jun. 2018.

IBGE. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios**: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: abr. 2017.

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. **Failure mode and effects analysis in healthcare**: proactive risk reduction. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources, 2010.

KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LEILA, P. **Gestão do conhecimento**: programa de educação corporativa como diferencial competitivo na formação continuada de docentes. Estudo de caso de uma instituição de ensino. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,2002.

LEVINSON, D. R. **Hospital incident reporting systems do not capture most patient harm**. Office of Inspector General. US Department of Health and Human Services, 2012. Disponível em: <<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=23842>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella *et al.* (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014 p.89.

LORENZETTI, J.; VANDRESEN, L.; GELBCKE, F. L. Inovação em saúde: sistema de gerenciamento em enfermagem. In: VALE, E. G.; PERUZZO, S. A.; FELLI, V. E. A. Programa de atualização em enfermagem: **PROENF Gestão**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, ciclo 04, v. 4, 2015, p. 69-120.

MARCHON, S. G. **A segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2015. 129 f. Tese (Doutorado em Ciências) Área de Saúde Pública. – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro. 2015.
Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12823/1/136.pdf>>.
Acesso em: 05 mai. 2017.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, v. 1, 2014. p.25-38.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 42, n. 2, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>>. Acesso em: mai. 2018.

MELO, E. A.; VIANNA, E. C.; PEREIRA, L. A. (org). Caderno do curso **Apoio matricial na atenção básica com ênfase nos Nasf**: aperfeiçoamento. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, 2014.

MENDES, C. M. F. G. S; BARROSO, F. F. M. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 32, n. 2, p. 197-205, 2014.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Brasília - DF, 2015. Disponível em:<<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 10 mar2017.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_prima>

ria_saude.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n.4, p. 279-84, 2009. Disponível em: <<http://www.aeciherj.org.br/publicacoes/evento-adverso-Brasil-2009.pdf>>. Acesso: 20 mai. 2017.

MESQUITA, K. O. *et al.* Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p.01-08, 2016. <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/45665/28526>>. Acesso em: 16 abr.2018.

MINAYO, M. C. S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p 2-11, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265319573003.pdf> >. Acesso em: mai. de 2017.

MOREIRA, K. S. *et al.* Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51283>>. Acesso em: 02 jul.2018.

NASCIMENTO, V.F. Fluxograma de acesso e atendimento de enfermagem em unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1922 -1927, 2013.> Acesso em: 10 nov.2018.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, oct. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000500018&script=sci_abstract&lng=pt>. . Acesso em: 29 mar. 2017.

NOVARETTI, M. C. Z. *et al.* Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500692>. Acesso em: 5 jul. 2016.

NQF - NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe practices for better healthcare**: 2010 update. Washington DC: National Quality Forum; 2010. Disponível em: <https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx>. Acesso em: 5 mai.2017.

_____. **Safe practices for better healthcare**: a consensus report. Washington DC: National Quality Forum, 2003. Disponível em:
<<https://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/nqfpract/nqfpract.pdf>>. Acesso em: 10jun.2017.

OLIVEIRA, S. A. O.; PAIVA, R. F. R. Possibilidade de diminuir o *turnover* da equipe de enfermagem nos serviços hospitalares. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 60- 73, 2011. Disponível em:
<<http://www.herrero.com.br/files/revista/file2b93de99b3b4e6a1f603c786cba6fcbc.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

PAESE, F.; **Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2010.181f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós- graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em:
<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93894>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The lancet: Series**, 2011. Disponível em:
<<http://download.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> . Acesso em: 27 mai. 2017.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PARANÁ. IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Município de Campo Largo**, Curitiba, 2018. Disponível em:
<<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83600>>. Acesso em: abr. 2017.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Cartilha**: a tutoria na APS-SESA. Curitiba.2015.
<<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhaTutoria2015.pdf>>. Acesso em: mai. 2017.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Cartilha**: a tutoria na APS-SESA. Curitiba.2017.
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/apostila_apsus_final.pdf> . Acesso em: jul.

2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campo Largo – Projeto para Implantação do **COAPES**. Campo Largo, PR.2017.
<<http://www.campolargo.pr.gov.br/uploads/PROJETO%20COAPES%20final.pdf>
Acesso em: jul. 2017

PAREDES, A. O; *et al.* Estruturação da unidade básica de saúde (UBS). In: CUNHA, C. L. F; SOUZA, I. L. **Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária à saúde**. Curitiba: CRV, 2017.

PARKER, D. *et al.* Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. **European Journal of General Practice**, v. 21, Supl. 1, p. 26-30, 2015. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26339832>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

PINA, E.; FERREIRA, E.; UVA, M. S. Infecções associadas aos cuidados de saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, v. 1, 2014. p. 137.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Trad. Ana Thorell, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, S. *et al.* A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 2010 v.10, 74-80. Disponível em: <[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13189860&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=323&ty=117&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=323vVol%20Temat\(10\)n00a13189860pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13189860&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=323&ty=117&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=323vVol%20Temat(10)n00a13189860pdf001.pdf)>. Acesso: 2 jun. 2016.

PROENF. **Programa de Atualização em Enfermagem**: atenção primária e saúde da família. Ciclo 1. Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2012. p. 49-76.

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. (s.d.) **Centro colaborador para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net>>. Acesso em: jun. 2017.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo

padrão de assistência à saúde. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 8, n. 33, p. 153-158, 2006. Disponível em: <http://www.nascecmec.com.br/artigos/RAS33_seguranca.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2017.

REASON, J. **Human error**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

REBRAENSP. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132p. Disponível em: http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf. Acesso em: 10 jul. 2017.

REIS, C. T. Cultura de segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, v. 2, 2014. p. 85.

_____; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/19.pdf/doi.org>>. Acesso em: 20 mai 2017.

RODRIGUES, M. C. S; TIMM, M. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. Brasília. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, 2016. p 26-37. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0026.pdf>>. Acesso em: 02 mar.2017.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 21, n.1, p.18-20, 2009.

SAMPAIO, A. T., BARRETO, I. S., KREMPEL, M. C. O trabalho da enfermagem na atenção primária: desafios e perspectivas. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Kalinowski CEI (org.). **PROENF** Programa de Atualização em Enfermagem: atenção primária e saúde da família: ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2012.

SHCOLNIK, W. Erros relacionados ao laboratório. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, v. 1, 2014. p. 227.

SILVA, A. B. **Detecção do câncer cervicouterino**: uma ação realizada pelo enfermeiro da estratégia de saúde da família. 2016. 75 f. Dissertação (Mestrado

Profissional em Saúde da Família). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

SILVA, A. T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate**, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0292.pdf>>. Acesso em: jul de 2018.

SILVA, M.G, Fernandes, JD, Rebouças LC, Rodrigues GRS, Teixeira GA, Silva RMO. Publicações que utilizaram o grupo focal como técnica de pesquisa o que elas nos ensinam?. *Ciênc Cuid Saúde*. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9194/pdf>> Acesso em: set de 2018.

SILVA-BATALHA, E. M. S., MELLEIRO, M. M., Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis; v. 24, n. 2, 2015, p. 432-441. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200432&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2018.

SILVA, R.M. et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 635-642, 2012.> Acesso em: 10 nov. 2018.

SILVA-SANTOS, Handerson et al. Condições produtoras do erro no trabalho em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [online]. 2018, vol.71, n.4, pp.1858-1864. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0192>.> Acesso em: out. 2018.

SOARES, M.I, Carmelo SHH, Resck ZMR. A Técnica de grupo focal na coleta de dados qualitativos: relato experiência. **REME-Rev Min Enferm.** 2016. disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1076>.> Acesso em: out. 2018.

SOARES, A. V. N. et al. Tempo de assistência de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 344-349, 2011. Disponível em: < https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/86/344a349.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2018.

SOARES, M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-53, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

81452015000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2018.

SOUSA, M. F. de. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014.

SOUZA, V. S. et al. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança de segurança dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 475-482, 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40687>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde/UNESCO, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

TAVARES, A. et al. Gestão do risco não clínico. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, v. 1, 2014. p. 315.

TEIXEIRA, G. G.; SILVA, P. F.; MUNIZ, J. **Fluxograma, diagrama de blocos e Chapin no desenvolvimento de algoritmos**. 2013. Disponível em: <<http://www.devmedia.com.br/fluxogramas-diagrama-de-blocos-e-de-chapin-no-desenvolvimento-de-algoritmos/28550>>. Acesso em: 12 set. 2018.

TIMM, M. **Adaptação transcultural do instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture sobre segurança do paciente para atenção primária à saúde**. 2015. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Área de concentração: Políticas, práticas e cuidado em saúde e enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18698/1/2015_MarciaTimm.pdf>. Acesso em: 03 jul 2018.

_____; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09 mar.2017.

TOFFOLETTO, M. C.; SILVA, S. C.; PADILHA, K. G. Segurança do paciente e

prevenção de eventos adversos na UTI. In: PADILHA K. G. *et al.* (Org.). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. 1. ed. Barueri: Manole, 2010.

TOMAZONI, A. et al. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, 2015. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000100161&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 mai. 2018.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P; MENDES, W (Org.) **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, 2014.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. Trad. Rogério Videira. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

_____. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. Trad. Rogério Videira. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.336p.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery [online]**. 2016, vol.20, n.3, e20160068. Epub June 07, 2016. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>.> Acesso em: out.2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Estimates: key figures and tables**. 2011.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION (a). **Human factors in patientsafety review of topics and tools**. World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2017.

ZAMBON, L. S.; DAUD-GALLOTTI, R.; NOVAES, H. M. D. **Aula introdução à segurança do paciente**. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/Proqualis/aula-introducao-segurana-do-paciente>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Karla Crozeta Figueiredo, Silvana Pagani, Alexandra Berndt Razeira Crisigiovanni e Sonia Maria Kalckmann de Macedo, professora e alunas do Mestrado Profissional e Acadêmico de Enfermagem – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você enfermeiro a participar de um estudo intitulado **"Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado"**, com o intuito de conhecer os cenários de assistência no tocante à segurança do paciente e orientar a tomada de decisão sobre a intervenção na segurança do paciente.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade dos serviços de saúde em relação à segurança do paciente e à gestão de riscos, e, planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e a segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário que avalia a cultura de segurança do paciente, durante seu horário de trabalho, em dia e local por você escolhido. Você poderá escolher se prefere preencher o instrumento ou que o pesquisador preencha sua resposta após ler cada um dos itens do formulário. O tempo máximo de duração previsto é de 1 (uma) hora. Na fase final do estudo, você será convidado a participar de uma reunião para apresentação dos resultados e planejamento das ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente.
- c) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao número de questões ou ao tempo de preenchimento. Caso isso aconteça, você poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, ou solicitar pausas no preenchimento ou recusar-se a continuar respondendo o questionário.
- d) Além do constrangimento ou desconforto no preenchimento do questionário, não estão previstos riscos diretos, visto que não serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam lhe causar dor ou outros riscos.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são o planejamento de ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica] Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica] Orientador [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
 Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
 cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do Setor de Ciências da
 Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB nº 2043970
 em 03/06/2016

f) A pesquisadora responsável pelo estudo pode ser localizada nos seguintes endereços: **Karla Crozeta Figueiredo**, Departamento de Enfermagem, Av Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, email: karlacrozeta@ufpr.br, telefone 3361-3773, no horário das 08h às 17h, para esclarecer dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como Diretores Acadêmico, Técnico e de Enfermagem do Hospital do Trabalhador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.

i) O material obtido – questionários e registros de reuniões – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído (picotado) e descartado, no prazo de 5 (cinco) anos.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa [impressão do questionário, material de escritório, caneta, lápis, prancheta, etc para a realização das reuniões] não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado **Pesquisador:** Karla Crozeta **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 66939717.3.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 2.043.970

Apresentação do Projeto:

O projeto será desenvolvido junto aos programas de pós-graduação em enfermagem (mestrado acadêmico e profissional) e tem como foco a avaliação da cultura de segurança de instituições de saúde, visando a elaboração de estratégias para a melhoria da segurança do paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde no tocante à segurança do paciente e à gestão de riscos. Planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores referem que o presente estudo não trará nenhum risco direto aos participantes, visto que farão o preenchimento dos instrumentos de cultura de segurança do paciente (Etapa 1) e na pactuação das ações estratégicas (Etapa 4). Os dados coletados serão de natureza quanti-qualitativa e obtidos mediante um processo de amplo esclarecimento dos objetivos da pesquisa e voluntária participação, sendo que os pesquisadores se comprometem em mantê-los sob sigilo e assegurar a confidencialidade de todo o processo. Não

serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam causar dor ou risco aos participantes da pesquisa.

Há um risco remoto de que alguma questão cause constrangimento ao participante voluntário, sendo tal risco remediado com a informação de que o respondente pode não se pronunciar sobre o que for perguntado. Além disso, a participação dos profissionais será agendada previamente e o tempo de duração das atividades será previsto para não haver prejuízos ao andamento do trabalho ou exaustão do participante. Como benefícios, as informações coletadas e analisadas servirão de base para fomentar a discussão sobre avanços na qualidade da prestação dos serviços de higienização e assistência de enfermagem, com foco na melhoria da qualidade dos serviços aos pacientes/usuários, família e comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto claro, relevante, a ser realizado em Unidades Básicas do Município de Campo Largo, sendo os participantes enfermeiros; e no Hospital do Trabalhador, com enfermeiros e trabalhadores da higienização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados

Recomendações: Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº.003/2011 CONEP/CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br
(obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_P ROJETO_889922.pdf	11/04/2017 11:56:54		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_para_inic io_da_pesquisa.pdf	11/04/2017 11:33:58	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_servico_CampoLarg o _cor_rigido.pdf	11/04/2017 11:33:34	Karla Crozeta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Esqueleto_CEP_KarlaCrozeta.pdf	06/04/2017 17:07:06	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Check_list.pdf	06/04/2017 17:04:11	Karla Crozeta	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais_da_higiene.docx	06/04/2017 17:02:52	Karla Crozeta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Enfermeiros.docx	06/04/2017 17:01:24	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_responsabilidades_no_projeto.pdf	06/04/2017 16:58:47	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_uso_especifico_dados_coletados.pdf	06/04/2017 16:57:43	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_tornar_publicos_os_resultados.pdf	06/04/2017 16:55:22	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade.pdf	06/04/2017 16:55:04	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Instituição e	Concordancia_do_coparticipante_SMS_Campo_Largo.pdf	06/04/2017 16:54:35	Karla Crozeta	Aceito

Infraestrutura				
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_coparticipante_HT.pdf	06/04/2017 16:54:18	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_do_servico_HT.pdf	06/04/2017 16:52:37	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_concordancia_do_servico_SM S_Curitiba.PDF	06/04/2017 16:52:18	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Analise_de_merito_cientifico.pdf	06/04/2017 16:51:00	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Extrato_de_ata_PPGENFMP.pdf	06/04/2017 16:50:32	Karla Crozeta	Aceito
Outros	OF_07_2017_encaminhamento_de_extrato_de_ata.pdf	06/04/2017 16:49:34	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento_do_pesquisador_responsavel.pdf	06/04/2017 16:48:26	Karla Crozeta	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	06/04/2017 16:45:12	Karla Crozeta	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita apreciação da CONEP: Não

CURITIBA, 03 de maio de 2017

Assinado por:

IDA CRISTINA GUBERT

(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Universidade

Federal do Paraná

Mestrado

Profissional

Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção

Primária à Saúde Mestranda: Alexandra Berndt Razeira

Crisigiovanni

Orientadora: Professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo

Informações :

Qual a sua idade?

18 á 20 anos ☐

40 á 50 anos ☐

20 á 30 anos ☐

mais de 50 anos ☐

30 á 40 anos ☐

Quanto tempo

você é formado? Á

menos de 1 ano ☐

De 1 ano á 2 anos ☐

De 2 á 5 anos ☐

De 5 á 10 anos ☐

Mais de 10 anos ☐

Você tem curso de pós-graduação? Sim ☐ Não ☐

Se sim:

Tem 1 ☐

Tem 2 ☐

Tem 3 ou mais ☐

Você tem outro vínculo profissional Sim ☐ Não ☐

Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) (RODRIGUES, TIMM, 2016).

INSTRUÇÕES DA PESQUISA

Pense sobre a maneira como as coisas são feitas no serviço de saúde onde você trabalha e dê sua opinião sobre questões que afetam a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Se uma questão não se aplica a você ou se você não sabe a resposta, por favor, marque “Não se aplica ou não sei”. Se você trabalha em mais de um serviço de saúde, ao responder esta pesquisa, responda apenas sobre o local onde você a recebeu; não responda sobre sua prática de forma geral.

Se você trabalha em um local que possui outros serviços de saúde, responda somente em relação ao seu próprio local de trabalho.

Seção A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade

Os itens a seguir descrevem situações que podem ocorrer em serviços de saúde, afetando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado. Pelos seus cálculos, com que frequência os fatos listados abaixo aconteceram em seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Acesso ao cuidado	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Identificação do paciente 2. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Prontuários/registros 3. O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Equipamento 5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

Com Que Frequência Os Fatos Listados Abaixo Aconteceram Em Seu Local De Trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Medicamento	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Diagnósticos & testes							
8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
9. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

Seção B: Troca De Informações Com Outras Instituições

Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas precisas e pontuais com:

	Problemas diariamente	Problema pelo menos uma vez na semana	Problema pelo menos uma vez ao mês	Vários problemas nos últimos 12 meses	Um ou dois problemas nos últimos 12 meses	Nenhum problema nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
2. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
3. Farmácias?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Hospitais?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Outros? Por favor, especifique: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

Seção C: Trabalhando Neste Serviço De Saúde

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

Seção D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica ou não sei
1. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

Seção E: Apoio De Gestores/Administradores/Líderes

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre os gestores/líderes do seu serviço?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

A. Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço?

☐ 1 Sim → *Vá para Seção F*

☐ 2 Não → **Continue abaixo**

Seção F: Seu Serviço De Saúde

Seção G: Avaliação Global Avaliação Global de Qualidade

Avaliação Global de Qualidade

1- Como você classificaria este serviço de saúde em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidados de saúde?

	Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
a. Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Efetivo: É baseado no conhecimento científico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Avaliação geral de segurança do paciente

2- No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham potencial de afetar pacientes?

Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO H: Questões Sobre A Prática Profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Há menos de 2 meses | <input type="checkbox"/> d. De 3 anos a menos de 6 anos |
| <input type="checkbox"/> b. De 2 meses a menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> e. De 6 anos a menos de 11 anos |
| <input type="checkbox"/> c. De 1 ano a menos de 3 anos | <input type="checkbox"/> f. Há 11 anos ou mais |

2. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste serviço?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. 1 a 4 horas por semana | <input type="checkbox"/> d. 25 a 32 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> b. 5 a 16 horas por semana | <input type="checkbox"/> e. 33 a 40 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> c. 17 a 24 horas por semana | <input type="checkbox"/> f. 41 horas por semana ou mais |

3. Qual é o seu cargo neste serviço? Marque UMA categoria que melhor se aplica ao seu trabalho.

- ☐ a. Médico
- ☐ b. Enfermeiro
- ☐ c. Gerência
- Administrador
- Gerente de Enfermagem
- Gerente de laboratório
- Outro gerente _____
- ☐ d. Equipe administrativa
- Registros médicos
- Recepção
- Recepcionista
- Encarregado dos agendamentos (consultas, exames, cirurgia etc.),
- Outro cargo administrativo: _____
- ☐ e. Técnico de Enfermagem
- ☐ f. Outro pessoal clínico:
- Técnico de Laboratório
- Técnico em Saúde Bucal
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Odontólogo | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Nutricionista |
| <input type="checkbox"/> Farmacêutico | <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Assistente Social | <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde | |
| <input type="checkbox"/> Outra função. Por favor, especifique: _____ | | |

Seção I: Seus Comentários

Por favor, sinta-se à vontade para fazer os comentários que você queira sobre segurança e qualidade do segurança assistencial no serviço onde você trabalha.

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTA PESQUISA